

**Faculdade de Ciências Médicas**

**Universidade Nova de Lisboa  
Portugal**

# **Opiniones sobre la práctica clínica psiquiátrica en centros comunitarios de salud mental y en centros de hospitalización psiquiátrica de corta estadía en Chile.**

**Disertación del Master Internacional en Políticas y Servicios de Salud Mental**

**Alumno**

Nelson Pérez Terán

**Supervisor**

Itzhak Levav

2016

## **RESUMEN**

**Objetivo:** evaluar opiniones clínicas entre psiquiatras de centros comunitarios de salud mental (COSAM) y de hospitalización psiquiátrica (UCE). **Método:** se utilizó una encuesta en línea en una muestra del total nacional de psiquiatras del sistema público de salud, con una tasa de respuesta del 41,9%, equivalente al 22% del universo, con 30 encuestas recibidas por grupo. **Resultados:** la orientación biológica en UCE y social comunitaria en COSAM son las predominantes ( $p < 0.001$ ). En UCE se destinan 5,5 veces más horas a la docencia ( $p < 0,0071$ ). No hubo diferencia entre los grupos para evaluación de: internaciones forzadas, contención física, farmacoterapia involuntaria, provisión de información sobre diagnóstico y tratamiento. Al paciente con esquizofrenia se le comunica menos su diagnóstico, se hospitaliza involuntariamente con más frecuencia y se informa más al cónyuge pese a no desearlo ( $p < 0,001$ ). Quienes indican hospitalizaciones involuntarias: hospitalizan más y 8,5 veces menos indicaciones de hospitalización diurna ( $p < 0,015$ ). Quienes no indican internaciones forzadas, en 14 de 16 situaciones éticamente controversiales, las catalogan como menos éticas que quienes sí internan involuntariamente ( $p = 0.016$ ). Estos últimos consideran más aceptables tratamientos como lobotomía frontal, estimulación cerebral profunda e hipnosis ( $p = 0.045$ ). En un análisis de regresión múltiple entregan respuestas menos éticas los psiquiatras de más de 10 años de práctica y quienes hospitalizan involuntariamente, además de respuestas más éticas quienes trabajan en UCE, pero con poca reproducibilidad. **Discusión:** Era esperable que COSAM opinara con más enfoque de derechos humanos, pero aun no existe una práctica que diferencie a ambos grupos de trabajo. Quizás los escasos 15 años promedio de la mayoría de los COSAM y la formación de especialistas monopolizada por hospitales, sean algunas causas. Es necesario aumentar el número de encuestados para lograr consolidar más los datos y clarificar aquellos cuya significancia estadística fue limitada por el tamaño muestral. Es necesario capacitar en la CDPD e incorporar los COSAM a la docencia.

Palabras clave: derechos humanos, ética, psiquiatras, comunitaria, estigma

## **SUMMARY**

Clinical controversial opinions among psychiatrists working in community mental health centers(COSAM) and psychiatric hospitalization centers(UCE) were evaluated. A survey was e-mailed to a sample taken from the national roster of public health system psychiatrists. A response rate of 41.9%,22% of the universe, with 30 surveys received by each group. Results: biological orientation is the most common in UCE, and community social orientation in COSAM ( $p<0.001$ ).In UCE allocated 5.5 times more hours to teaching( $p<0.0071$ ). There was no difference between groups for the evaluation of: involuntary hospitalization, controversial proposals, physical restraint, involuntary drug treatment, diagnosis and treatment report. The patient with schizophrenia receives fewer time his diagnosis, he is more involuntarily hospitalized , and psychiatrists report more often to the spouse despite he does not desire it ( $p<0.001$ ). Psychiatrists that indicate involuntary hospitalizations: indicate more often hospitalization and 8.5 times less treatment indication of day hospitalization ( $p<0.015$ ). Psychiatrists do not indicate forced hospitalizations, in 14 of the 16 controversial situations value them as less ethical situations compared to those who perform involuntary hospitalization( $p = 0.016$ ). These latter also considered more acceptable all proposed treatments, including frontal lobotomy, deep brain stimulation and hypnosis( $p=0.045$ ). In a regression analysis it was estimated that those deliver less ethical responses were psychiatrists with more than 10 years of professional practice and those who hospitalize involuntarily ,and ethical responses the UCE. Discussion: Yet there is no practical differentiates between the two working groups regards to patients human rights. It may be determinant few years of development of COSAM and the monopoly of the training of specialists in hospital models. Is necessary to increase the number of respondents order to achieve consolidate my findings and clarify those whose significance was limited by the sample size. It is needed qualify the teams in CRPD and incorporate COSAMs to teaching.

Kes words: human rights, ethics, psychiatrists, communitary, stigma

## **RESUMO**

Avaliaram-se opiniões clínicas controversas entre psiquiatras que trabalham em centros comunitários de saúde mental (COSAM) e hospitalizações psiquiátricas (UCE). Enviou-se um inquérito por correio eletrônico a uma mostra extraída do total nacional de psiquiatras do sistema público de saúde. Obteve-se uma taxa de resposta de 41,9%, equivalente a 22% do universo, com 30 inquéritos recebidos por cada grupo. Resultados: a orientação biológica nos UCE e a social comunitária nos COSAM são as predominantes ( $p < 0.001$ ). Os UCE destinam 5,5 vezes mais horas à docência ( $p < 0,0071$ ). Não houve diferença entre os grupos para a avaliação de: internações compulsórias, propostas controversas, contenção física, farmacoterapia involuntária, informar diagnóstico e tratamento. Para um paciente com esquizofrenia se comunica menos seu diagnóstico, se hospitaliza mais involuntariamente e se informa mais ao cônjuge, apesar de não quererem ( $p < 0,001$ ). Aqueles que realizam hospitalização involuntária: indicam mais a hospitalização e 8,5 vezes menos encaminhamentos de hospitalização diurna ( $p < 0,015$ ). Dos que não fazem internações compulsórias, em 14 de 16 situações controversas as catalogam como menos éticas do que aqueles que internam involuntariamente ( $p = 0.016$ ). Estes últimos consideram também mais aceitáveis todos os tratamentos propostos, incluindo lobotomia frontal, estimulação cerebral profunda e hipnose ( $p = 0.016$ ). Em uma análise de regressão se estimou que dão respostas menos éticas os psiquiatras com mais de 10 anos e aqueles que hospitalizam involuntariamente, e mais éticas os do UCE, mas com pouca reprodutibilidade. Discussão: ambos os grupos são muito similares, demonstrando que ainda não existe uma prática de respeito aos direitos que diferencie aqueles de orientações sociais ou comunitárias dos mais biológicos. Podem ser determinantes os poucos anos dos COSAM, além da formação de especialistas monopolizada por modelos hospitalares. É necessário aumentar o número de entrevistados para conseguir maior consolidação dos dados e esclarecer aqueles cuja significância foi limitada pelo tamanho amostral. É necessário qualificar as equipes na CDPD e incorporar COSAMs ao ensino.

Palabras clave: direitos humanos. ética. psiquiatria. comunitária. estigma.

## **AGRADECIMIENTOS**

A mi familia que vió casi ausente al padre y esposo el último mes.

A mis papás que sin ellos no podría haber estado aquí.

Un abrazo para todos.

Después de todo este trabajo, un encarecido agradecimiento a la paciencia y dedicación del profesor Itzhak Levav que desde el otro lado del mundo siempre estuvo ahí pendiente a que este alumno remolón le solicitara su ayuda. Su experiencia y ejemplo son francamente inspiradores.

Mil gracias

## **LISTADO DE CONTENIDOS**

	Página
LISTADO DE TABLAS Y FIGURAS	8
LISTADO DE ACRÓNIMOS	10
PARTE I : PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
CONTEXTO NACIONAL CHILENO	13
- <i>Descripción de los servicios de salud mental en Chile</i>	13
I. <i>Indicadores de salud mental en Chile</i>	13
II. <i>Red de salud mental en Chile</i>	13
- <i>Evolución de la salud mental en Chile en las últimas décadas</i>	16
I. <i>Salud mental en democracia</i> <i>(previo a 1973)</i>	16
II. <i>Salud mental en la dictadura militar</i> <i>(1973 – 1989)</i>	16
III. <i>Salud mental en el retorno de la democracia</i> <i>(1990 en adelante)</i>	17
- <i>Centros de salud mental comunitaria y</i> <i>unidades de hospitalización de corta estadía</i>	20
- <i>Normativas legales en salud mental y derechos humanos</i> <i>adoptados en los niveles nacional e internacional</i>	21
I. <i>Marco jurídico internacional</i>	22
II. <i>Marco normativo y jurídico chileno</i>	25
- <i>Situación de derechos humanos y salud mental en Chile</i>	28
REVISIÓN BIBIOGRÁFICA	34
- <i>Estudios sobre opiniones, actitudes y</i> <i>derechos humanos en la práctica clínica de psiquiatras</i>	34

PARTE II: CONTRIBUCIÓN PERSONAL	40
METODOLOGÍA	40
- <i>Objetivos</i>	40
- <i>Tipo de estudio</i>	40
- <i>Población y muestra</i>	40
- <i>Técnicas de instrumentos de recolección de datos</i>	42
I. <i>Procedimientos de recolección de datos</i>	42
II. <i>Instrumentos de recolección de datos</i>	42
- <i>Análisis estadístico</i>	44
RESULTADOS	45
- Aspectos generales	45
- Viñeta 1: paciente con psicosis	52
- Viñeta 2: paciente con depresión	56
- Análisis según respuestas éticas	59
- Análisis por género de los psiquiatras	59
- Análisis por años de práctica de los psiquiatras	60
- Análisis respecto quienes hacen hospitalizaciones involuntarias	61
- Análisis entre casos del paciente con psicosis y con depresión	62
DISCUSIÓN	63
BIBLIOGRAFÍA	67
ANEXOS	76

## **LISTADO DE TABLAS Y FIGURAS**

	Página
Tabla 1. Disponibilidad de establecimientos en la red de servicios de salud mental y psiquiatría. Chile, 1994–2003	14
Tabla 2. Comparación entre los años 2004 y 2012 del número total de dispositivos de salud mental existentes en el sector público chileno.	15
Tabla 3. Detalle de la muestra por centros, distribuidos según centros con encuestas enviadas y centros con respuestas obtenidas.	41
Tabla 4. Centros según distribución territorial con respuestas obtenidas.	41
Tabla 5. Psiquiatras sin respuestas obtenidas y con respuestas obtenidas, según tipo de centro.	42
Tabla 6. Muestra por género y centros.	45
Tabla 7. Distribución de psiquiatras por años de práctica desde que completaron la especialización, por centro.	45
Tabla 8. Distribución de tiempo según lugares de trabajo de los psiquiatras según grupo COSAM o UCE.	46
Tabla 9. Distribución de tiempo de los roles laborales de los psiquiatras según grupo COSAM o UCE.	46
Tabla 10. Distribución de psiquiatras según el tipo de orientación clínica principal para cada grupo (COSAM y UCE).	47
Tabla 11. Psiquiatras que indicaron internaciones involuntarias durante los últimos 12 meses, según centro	48
Tabla 12. Valoración de las propuestas controversiales según grupo COSAM y UCE para cada propuesta.	49
Tabla 13. Valoración de las propuestas controversiales según grupo COSAM y UCE para cada propuesta.	50



Tabla 14. Valoración de la aceptabilidad de procedimientos terapéuticos, según COSAM y UCE.	51
Tabla 15. Conocimiento de la Convención sobre los Derechos de las Personas con discapacidad (CDPD).	52
Tabla 16. Decisión de informar al paciente y/o familia el diagnóstico de esquizofrenia o psicosis, según grupo COSAM y UCE.	53
Tabla 17. Indicación de hospitalización involuntaria para paciente con psicosis, según situación clínica para grupos COSAM y UCE.	54
Tabla 18. Indicación de medicación involuntaria en régimen de internación forzosa, para paciente con psicosis, según situación clínica para grupos COSAM y UCE.	55
Tabla 19. Conducta clínica después de un episodio de agitación psicótica hospitalizado, según grupos COSAM y UCE.	56
Tabla 20. Indicación de hospitalización involuntaria para paciente con depresión, según situación clínica para grupos COSAM y UCE	57
Tabla 21. Indicación de terapia electro convulsiva (TEC), según situación clínica y grupos COSAM y UCE.	58
Tabla 22. Indicación de internación involuntaria para el paciente con psicosis, por género del psiquiatra.	60
Tabla 23. Indicación de internación involuntaria para el paciente con psicosis, por género del psiquiatra.	60

## **LISTADO DE ACRÓNIMOS**

AVAD	Años de Vida Ajustados por Discapacidad
CASEN	Encuesta de Caracterización Socio-económica
CDPD	Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad
CEDAW	Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres (Anglicismo).
CINTRAS	Centros de Salud Mental y Derechos Humanos
CODEPU	Corporación de Defensa y Promoción de los Derechos del Pueblo
COSAM	Centros Comunitarios de Salud Mental
DIGERA	Dirección de Gestión de Redes Asistenciales
FONADIS	Fondo Nacional de la Discapacidad
FONASA	Fondo Nacional de Salud
FASIC	Fundación de Ayuda Social de las Iglesias Cristianas
GES	Garantías Explícitas en Salud (conocidas como AUGE)
HOMALS	Alternancia Homogénea de Cuadrados Mínimos (Anglicismo).
ILAS	Instituto Latinoamericano de Salud Mental y Derechos Humanos
INE	Instituto Nacional de Estadísticas
ISAPRES	Instituciones de Salud Previsional
MINSAL	Ministerio de salud
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OEA	Organización de Estados Americanos
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organizaciones No Gubernamentales
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PBSI	Pensiones básica solidaria de invalidez
PIDEE	Fundación de Protección a la Infancia Dañada por los Estados de Emergencia
PRAIS	Programa de Reparación y Atención Integral de Salud
SENAME	Servicio Nacional de Menores
SEREMI	Secretaría Regional Ministerial de Salud
SNSS	Sistema Nacional de Servicios de Salud
TEC	Terapia Electro Convulsiva
UCE	Unidades de Hospitalización de Corta Estadía (adultos o menores)
WHO-AIMS	Instrumento de Evaluación de Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (Anglicismo).

# **PARTE I**

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La salud mental en Chile, hasta fines de la década de los 80 del siglo pasado no disponía de mayor atención, programas, fondos o dedicación dentro de la planificación sanitaria nacional. Por esos tiempos sólo se satisfacía la demanda de salud en forma reactiva, a medida que esta crecía. Junto con el retorno a la democracia (marzo, 1990) y el de muchos chilenos exiliados así como un mejor estado económico del país, surgió la voluntad política de asignar recursos frescos y, por sobre todo la priorización de la salud mental.

Con los años se ha desarrollado una planificación sistemática y creciente, con resultados muy superiores al Chile de los 80. La salud mental ha llegado a la atención primaria de salud en todo el país. Lentamente han comenzado a desarrollarse dispositivos comunitarios de salud mental como los centros comunitarios de salud mental, hospitales de día, centros diurnos. Además se ha potenciado la red de corta estadía en psiquiatría, completamente ausente en muchas ciudades hasta hace varios años, se han ido progresivamente cerrando camas de hospitales psiquiátricos, estableciendo hogares protegidos y reconvirtiendo parte de sus instalaciones. Existe cada vez un mayor acceso a servicios de salud mental así como a psicofármacos. Se han incorporado cuatro patologías de psiquiatría y salud mental a la ley de Garantías Explicitas en Salud, lo que ha permitido y facilitado el avance. Sin embargo, aun existen cinco hospitales psiquiátricos.

Pese a todos estos avances, muy significativos en los últimos 25 años, existen aspectos que aun están poco desarrollados tanto a nivel de los usuarios, como de los equipos tratantes, así como en las familias y la sociedad en general. La observación de los derechos humanos en la atención clínica aun no es materia de preocupación para las autoridades o equipos de salud. Si bien existe desde el primer Plan Nacional de Salud Mental directrices en estos aspectos, que se han fortalecido posteriormente, la cultura y práctica cotidiana permanece aun con pocos cambios. Hasta hace poco no era infrecuente que usuarios sean “llevados” a hogares protegidos sin su consulta u opinión. Esto ya está comenzando a cambiar. No obstante ocasionalmente vemos que incluso familiares o cercanos usufructúan del dinero de la persona enferma, o simplemente deciden por ella en todo. En la práctica clínica también se dan situaciones dignas de considerar. A modo de ejemplo cotidiano, se suele hospitalizar como la estrategia de ayudar o “salvar al discapacitado” sin usar estrategias más inclusivas o respetuosas de la libertad, frecuentemente sin considerar la opinión del enfermo. Esto suele generar debate y contraste de opiniones entre aquellos profesionales más “comunitarios”, que suele ser la minoría, y los psiquiatras tradicionales. Esto es transversal, tanto en los psiquiatras como en los equipos psicosociales, equipos de salud general, familia, sociedad e incluso los mismos usuarios del sistema de salud. Por otro lado, existen consentimientos informados, pero estos son vistos como “papelera” a realizar, sin darle el valor que significan. La opinión informada de las personas en tratamiento, sobre sus elecciones terapéuticas, así como el respeto de estas decisiones suelen no ser lo más frecuente. Nuestros usuarios en muy contadas ocasiones se han

quejado porque difieren del tratamiento o de las directrices entregadas. No disponen de un acervo cultural de derechos que le permita abogar por una propia defensoría. Las agrupaciones de usuarios que existen son pocas o de poca capacidad de convocatoria y apoyo, muchas de ellas requieren asesoría profesional constante, lo que tiende a perpetuar el paternalismo asistencial.

En los hospitales generales aun se suele tener una visión medicalizada de la persona, recibiendo muy buenos diagnósticos y tratamientos en desmedro de los aspectos psicosociales esenciales. Esto probablemente es herencia del modelo médico tradicional, así como de las antiguas usanzas de los hospitales psiquiátricos. Debemos recordar que por años en estos grandes centros de hacinamiento de personas, se enseñó psiquiatría clásica. Estos mismos psiquiatras han tenido discípulos que ahora trabajan y enseñan lo que aprendieron. Las generaciones más jóvenes de los últimos años, y gracias al fácil acceso a la información, han comenzado a tener conciencia del problema, tendiendo una visión más crítica. Esta mirada no es tan masiva aun. Algunos psiquiatras se conforman con su “enfoque comunitario” consistente en enviar una interconsulta a la trabajadora social, y no sólo entregar fármacos.

En el otro extremo de esta situación, existe quienes trabajan en modelos inclusivos y comunitarios. La gran mayoría se trata de trabajadores sociales y psicólogos que se desempeñan lejos de donde reciben atención sanitaria los usuarios con trastornos más severos, es decir fuera de hospitales generales o centros clínicos tradicionales. Incluso los psiquiatras que intentan este enfoque, siendo minoría, suelen ser opacados por el modelo médico de la mayoría donde el doctor que “sabe más” toma las decisiones. De algún modo, sin resonancia de otros pares, ni de usuarios empoderados, el respeto por los derechos y la ciudadanía de los enfermos es siempre difícil de sostener. Los dispositivos de especialidad, de enfoque más comunitario como los centros comunitarios de salud mental (COSAM) y hospitales de día, llevan ya al menos 10 años de desarrollo. En ellos está puesta la frontera del cambio hacia un modelo más inclusivo. Lamentablemente quienes trabajan ahí también han sido formados en las “antiguas canteras”. Esto ha hecho que los cambios sean lentos, con avances y retrocesos. Es en estos lugares de trabajo donde poco a poco se han desarrollado estrategias comunitarias ocupando la innovación, el ingenio, el aprendizaje y por sobre todo el comenzar a validar al otro como un verdadero otro.

En base a lo descrito, podríamos suponer que quienes se desempeñen en los escenarios más comunitarios, deben desarrollar opiniones y conductas más respetuosas de las personas. Por contraparte, esperamos que quienes se desempeñan en áreas de hospitalización psiquiátrica de corta estadía, presenten una apreciación y conducta más autoritaria, menos considerada de los derechos de los enfermos. Esto no lo podemos aseverar, pero forma el corazón de la interrogante de este trabajo. Los líderes de los equipos clínicos, a nivel de especialidad, suelen ser los psiquiatras, y si no lo son, suelen ser el ejemplo a seguir. Esto en base a la tradición donde lo que el médico asevera suele ser la regla de conducción. Bajo estas dos premisas, es que he decidido que a quien se debe evaluar es a estos profesionales, ya que generan diagnósticos, potencialmente estigmatizador; indican fármacos, con efectos adversos; hospitalizan de forma a veces voluntaria y otras forzosa; y por lo tanto delimitan conductas relevantes que son todas potencialmente trasgresoras de derechos.

## **CONTEXTO NACIONAL CHILENO**

### ***Descripción de los servicios de salud mental en Chile***

#### ***I. Indicadores de salud mental en Chile***

En Chile la prevalencia de vida de los principales trastornos mentales es de 31,5% de la población adulta, y un 22,2% tuvo un trastorno mental en los últimos doce meses (en mayores de edad)(1). Los trastornos más prevalentes durante la vida son agorafobia (11,1%), fobia social (10,2%), fobia simple (9,8%), trastorno depresivo mayor (9,2%), y dependencia al alcohol (6,4%) (1). En Chile las patologías neuropsiquiátricas, en todos los grupos de edad, serían responsables del 31% de los años vividos con discapacidad (AVAD), siendo uno de los más altos del mundo y Latinoamérica, similar a países como Estados Unidos de América y Canadá (22%) (2). Aparentemente esto sería el reflejo que el país ha salido de la categoría de naciones que presentan AVAD bajos.

En relación a la prevalencia de discapacidad psíquica en Chile, existen diversos reportes. El FONADIS, (Fondo Nacional de la Discapacidad) (2004) estimó que el 2,18% de la población presentaba discapacidad psíquica e intelectual, correspondiendo a 348.057 personas. Según la Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN, 2011) corresponde a un 1,39% de la población. Esta segunda encuesta es mucho menos sensible, lo que explica la diferencia en la tasa de prevalencia. Los niveles de discapacidad, se diferencian por estrato socioeconómico, es así como los de ingreso alto versus bajo, presentan tasa de prevalencia para discapacidad intelectual 0,7% y 3,3%; y para discapacidad psiquiátrica 1,1% y 2,5% respectivamente (FONADIS 2004).

Estos indicadores mostraron la necesidad de una conducta activa de parte de la planificación sanitaria del estado chileno. Esto se tradujo en estrategias de salud pública agrupadas en dos planes de salud mental de psiquiatría y salud mental, formulados e implementados en los años 1993 y 2000 (3,4). El primer plan implementó estrategias innovadoras para esa época y realidad nacional, que fueron la base del segundo plan. La segunda etapa presentó un modelo más elaborado de red de atención, concentrándose en los problemas prioritarios de esos momentos. Este último plan, que reflejaba las principales líneas programáticas sugeridas en el *Informe sobre la salud en el mundo* en el año 2001(5), hasta la actualidad sigue vigente pese a haber terminado su proyección el año 2010.

#### ***II. Red de salud mental en Chile***

Con estos planes progresivamente se ha ido implementando el modelo de atención comunitario, basado en una red articulada, de cobertura nacional y de carácter público (7). En Chile, el sistema de salud es mixto con predominio del sector estatal. El 75,9% de la población es beneficiaria del organismo de financiamiento

conocido como Fondo Nacional de Salud (FONASA), que funciona como proveedor de un seguro público de salud (6)(Proyección al 2014 con 13.525.703 beneficiarios, según el Instituto Nacional de Estadísticas INE y FONASA). El organismo coordinador de la red nacional de salud es el Ministerio de Salud, que desarrolla roles tanto normativos como rectores, mediante las subsecretarías de Redes Asistenciales y de Salud Pública, con descentralización territorial en 29 servicios de salud.

La distribución a nivel nacional de los establecimientos de salud mental es la siguiente: 5 hospitales psiquiátricos, 40 Unidades de Hospitalización de Corta Estadía de adultos y menores (UCE), 52 hospitales de día, 89 Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM) y 199 residencias y hogares protegidos (abril 2015). Además existen 53 policlínicos de salud mental adosados a hospitales generales y 832 centros de Atención Primaria de Salud, donde se cuenta con atención médica, psicológica y de servicios sociales (7). Es relevante destacar que suelen coexistir en una misma planta física o establecimiento, unidades de corta estadía, hospitales psiquiátricos, unidades ambulatorias y hospitales de día, lo que suele complejizar la comprensión del funcionamiento del sistema. La evolución en el tiempo de la red de salud mental se detalla en las tablas 1 (8) y 2 (7), donde podemos observar un crecimiento sustancial en el número de dispositivos,

<b>Tabla 1. Disponibilidad de establecimientos en la red de servicios de salud mental y psiquiatría. Chile, 1994-2003</b>							
Año							Incremento entre 1994 - 2003
Centros	1994	1996	1998	2000	2002	2003	%
Equipos de salud mental y psiquiatría comunitaria	0	0	4	8	39	42	-
Centros de atención ambulatoria	22	26	30	41	52	62	282
Hospitales de día	3	5	6	10	31	36	1200
Centros diurnos	9	16	17	19	22	24	267
Club es de integración social	0	3	5	9	43	46	-
Hogares protegidos	5	17	19	49	60	82	1540
<b>Fuente:</b> Unidad de Salud Mental, Ministerio de Salud, Chile. 2003.							

<b>Tabla 2. Comparación entre los años 2004 y 2012 del número total de dispositivos de salud mental existentes en el sector público chileno</b> (Fuentes: WHO-AIMS Chile 2004, DEIS y Unidad Salud Mental Subsecretaría de Redes Asistenciales)		
Dispositivos	<b>Año 2004</b>	<b>Año 2012</b>
Centros APS con atención de salud mental	472	832
Postas rurales con atención de salud mental	*	723
Centros de salud mental comunitaria	38	83
Unidades de psiquiatría ambulatoria	58	53
Hospitales de día	40	45
Cortas estadías de adultos en hospitales generales	17	23
Cortas estadías de adolescentes en hospitales generales	1	8
Centros diurnos	25**	51
Hospitales psiquiátricos	5	5
Hogares y residencias protegidas	103	199
<b>TOTAL</b>	<b>759</b>	<b>2022</b>
* En el año 2004 era excepcional que las postas rurales realizaran atención de personas con trastorno mental, por lo que no se recogió esta información ** En el año 2004 se usó una definición más restrictiva que no incluyó unidades de rehabilitación, talleres laborales y casas club		

cada vez mayores en número, proporcionalmente más atención primaria, COSAMs, Hospitales de día, unidades de cortas estadías, residencias protegidas. Además se observa una leve reducción del número de unidades de psiquiatría ambulatoria, además de la persistencia de hospitales psiquiátricos con largas estadías, aunque con reducción progresiva de camas y reintegración a residencias en la comunidad.

## ***Evolución de la salud mental en Chile en las últimas décadas***

### ***I. Salud mental en democracia (previo a 1973)***

Desde sus inicios la atención psiquiátrica en Chile se ha visto dominada, como en otras partes del mundo, por la atención asilar y luego hospitalaria, principalmente monopolizada por el hospital psiquiátrico, como símbolo de la enfermedad mental hasta nuestros días. A principios de la década del 50 se da inicio a la red de servicios de psiquiatría en hospitales generales con el nacimiento del Hospital José Joaquín Aguirre (en Santiago), perteneciente a la Universidad de Chile, donde la clínica psiquiátrica universitaria otorgaba una serie de servicios tanto ambulatorios como de internación.

Alrededor de 1968 se inician las primeras experiencias de programas intracomunitarios apoyados por una Unidad de Psiquiatría o Salud Mental, intentando reemplazar el modelo asilar, en varias partes del país.

Podríamos decir que se inicia la primera gran reforma de salud mental de Chile, la que nace desde la comunidad. De hecho surgen iniciativas simultáneas en varias partes del país destacándose Santiago y Temuco, sin el patrocinio formal del estado. Esto es relevante considerando que sólo el 1,2% (57) del presupuesto nacional de salud se destinaba a salud mental. Por lo demás estas acciones innovadoras carecían de todo respaldo jurídico, lo que hablaba del nacimiento de una realidad asistencial, completamente disociada de las autoridades.

Nace el “Programa Intracomunitario Integral de Salud Mental del Área Sur de Santiago” (57) liderado por el doctor Juan Marconi, con el modelo llamado “Pirámide de delegación en funciones en psiquiatría”.

“.. Con el apoyo institucional oficial mínimo, un Centro de Salud Periférico, se educa y organiza la comunidad, de un millón de habitantes para abordar el tratamiento y prevención de casos simples en salud mental, Con sus propios recursos utilizando o generando una red de servicios comunitarios, para instalar luego el minino operante de la red de servicios oficiales del modelo general, ya citado, de mayor complejidad y costo...” (Marconi)(59)

Entre los años 1970-1973, el gobierno de la unidad popular consideró dentro de las 40 medidas programáticas, los problemas de alcohol, promulgándose el Reglamento para la administración y distribución del fondo especial destinado a la rehabilitación de alcohólicos (60) como parte de la ley 16.744 de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.(58)

### ***II. Salud mental en la dictadura militar (1973 - 1989)***

En el año 1973 acceden mediante un golpe de estado las fuerzas armadas, en un contexto político complejo, iniciándose la dictadura militar. Se inician diversas reformas sanitarias, entre las que se crea el Fondo Nacional de la Salud (FONASA), el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) el año 1979, la descentralización de la Atención primaria al dejarla bajo la administración de los municipios locales entre los



años 1980-87, y finalmente en 1981 la creación de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES)(58,61). Este tipo de reformas se centraron en estructuras administrativas y financieras, sin definiciones sanitarias destinadas a querer mejorar la salud mental de la población. Los encargados ministeriales de salud mental, al inicio del gobierno fueron ocupadas por profesionales militares, con mínima cantidad de tiempo asignado y mínima capacidad de toma de decisiones reales (58).

Las acciones de salud mental comunitaria quedaron prohibidas y fueron extinguiéndose progresivamente. Muchos de sus protagonistas, verdaderos reformadores hacia una medicina humanizada y compartida, fueron asesinados, presos, exiliados o exonerados en gran parte. Sólo se sabe que quizás el programa comunitario del Dr Marconi fue el que más perduró, probablemente hasta el año 1978 (58, 62).

Pese a estas dificultades en esa época se impulsaron iniciativas como: el programa de educación continua en psiquiatría y salud mental a médicos generales, jornadas nacionales de atención primaria en salud mental, simposios de psiquiatría de crónicos; desarrollo de centros para el tratamiento de alcohólicos; y nace el programa de prevención primaria del alcoholismo en la comunidad escolar (58, 63, 64, 65).

Pese a las limitaciones impuestas, en el año 1990 se publica el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría(66), que se basa en experiencias previas y promueve una mejor eficiencia del uso de recursos. Este Plan nunca se implementó debido al retorno a la democracia(58).

Aun con estas dificultades, durante la dictadura militar, en los escenarios más comunitarios, existieron dos líneas de desarrollo, una estatal y otra liderada por Organizaciones No Gubernamentales (ONG) (67). Esta última una actividad comunitaria con clara motivación política, destinada a reconstruir el entramado social. Buscaban que la propia comunidad pudiera resolver sus necesidades, así como potenciar el protagonismo y autonomía.

A la par de estos desarrollos, se establecieron estrategias múltiples para apoyar a las víctimas directas de la represión política y a sus familiares: Fundación de Ayuda Social de las Iglesias Cristianas (FASIC), Instituto Latinoamericano de Salud Mental y Derechos Humanos (ILAS), Corporación de Defensa y Promoción de los Derechos del Pueblo (CODEPU), Fundación de Protección a la Infancia Dañada por los Estados de Emergencia (PIDEE), Centros de Salud Mental y Derechos Humanos (CINTRAS)(58). Ellos promovieron los derechos humanos, la erradicación de la tortura y la superación de la impunidad.

### ***III. Salud mental en el retorno de la democracia (1990 en adelante)***

La experiencia de apoyo a las víctimas de la represión permitió que una vez retornada la democracia, durante el gobierno del presidente Patricio Aylwin, se creara el Programa de Reparación y Atención Integral de Salud (PRAIS) para dar respuesta sanitaria a las víctimas de la represión política. Todas estas instituciones continuaron trabajando hasta al menos el Bicentenario de la República en el año 2010(58).

Las ISAPRES, el seguro privado más masivo de Chile, que da cobertura al 19% de la población chilena (Referencia Instituto Nacional de Estadísticas y

Superintendencia de Salud, 2015, 3.422.679 beneficiarios), ha desplegado sistemáticamente una política de exclusión de todos los problemas de salud mental, estableciendo planes de salud sin cobertura para tratamiento de sus afiliados. Esta situación sólo comenzó a cambiar a mediados del año 2005.

Una vez ya retornada la democracia, las autoridades demostraron mayor sensibilización por los aspectos psicológicos y sociales de la salud, pasando a tener la prioridad mayor que en todas las épocas previas de la historia de Chile. Aparecen cuatro programas clave: Salud Mental en Atención Primaria, PRAIS, Red de Centros Comunitarios de salud Mental (COSAM) y Prevención en Alcohol y Drogas. Además se conforma un equipo de profesionales de salud mental en el Ministerio de Salud con representaciones en todos los servicios de salud. Como respuesta a la Declaración de Caracas(20) se formulan las Políticas y Plan Nacional de Salud Mental, el que fuera aprobado por medio de la resolución Ministerial del año 1993 (3). Este primer plan fue hasta el año 2010 quizás el de mayor implementación, ya que era el inicio desde un nivel aun precario. Este plan tenía seis áreas prioritarias, colocando en marcha procesos de transformación de la atención en salud mental y psiquiatría, de aprendizaje de nuevos tipos de intervenciones psicosociales con nuevos presupuestos (58).

Además, por primera vez, se establecen y permanecen hasta la actualidad, hogares protegidos, programas de rehabilitación psicosocial, centros diurnos, hospitales de día, centros de salud mental comunitaria (COSAM), comunidades terapéuticas y equipos de rehabilitación de personas afectadas de adicciones. Hasta fines de la década de los 90, todo funcionaba satisfactoriamente pero en escala muy pequeña, debido a sólo el 1% del presupuesto de salud.

Hasta los años 90, la cobertura nacional de atención a las personas con trastornos mentales severos, se centraban en hospitalizaciones con índices ocupacionales por arriba del 80% (70). Esto se realizaba en cuatro hospitales psiquiátricos con 3.160 camas además de nueve servicios clínicos de psiquiatría de hospitales generales, con 239 camas. La atención de tipo ambulatorio se concentraba en 18 policlínicos de especialidad adosados a hospitales generales. Esto limitaba el acceso oportuno a la atención con listas de esperas superiores a seis meses, además de ausencia de un seguimiento y continuidad de la atención. Esta situación a modo de círculo vicioso generaba una sobrecarga permanente por demanda de camas hospitalarias como medida terapéutica predominante(71).

En el año 1998, frente a una denuncia por vulneración de los derechos humanos de pacientes psiquiátricos en reclusión, y por la inminencia de la llegada de más de 120 personas al Instituto Horwitz, se genera un paro de funcionarios que obliga a la autoridad a establecer una comisión (con usuarios y familiares) que culminó con el Plan Nacional de Psiquiatría Forense y las bases para un nuevo Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (3,4), que entró en vigencia el año 2000. Lamentablemente no obtuvo el respaldo legislativo y normativo requerido, pese a esto el documento tuvo un alto impacto y apoyo a nivel nacional de todos los actores incumbentes. Esto permitió aumentar los recursos, desplazando las atenciones cada vez más hacia la Atención Primaria, así como a unidades de atención ambulatoria especializada cada vez más descentralizadas y en las comunidades locales (8, 68). Durante este periodo se logró

mejorar a un 3% el presupuesto destinado a salud mental dentro del presupuesto total. Este plan reconoce que es la misma comunidad la que debería apoyar y participar de la programación y ejecución de las acciones preventivas destinadas a la detección de problemas y facilitar la rehabilitación(70). En este plan, se reconceptualiza la hospitalización psiquiátrica como una alternativa de excepción para episodios agudos, una vez que se han agotado las otras opciones terapéuticas de tipo ambulatorias y comunitarias. Esta internación debería ser lo más breve posible, buscando el retorno a su núcleo familiar y comunidad lo antes posible(70). Si bien esto fue una carta de navegación, no todos los centros formadores ni los profesionales tradicionales la tomaron como praxis, el proceso de cambio fue muy paulatino.

Durante el año 2005 dentro de la tercera reforma de salud de Chile y basado en evidencia epidemiológica de la relevancia de las patologías de salud mental, es que se logra incorporar a la ley de las Garantías Explícitas en Salud GES (conocidas como AUGE) las patologías de salud mental de mayor carga. El primer decreto presidencial (2005) incorporó la esquizofrenia, garantizándose el diagnóstico y tratamiento del primer episodio, y el tratamiento farmacológico y psicosocial de por vida mientras se mantenga el diagnóstico. El segundo decreto presidencial del 2006, entre las 15 nuevas patologías, se incorpora depresión para personas de 15 años y más. Posteriormente en el año 2007, el decreto presidencial incorporó el consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas en menores de 20 años. A diferencia de las patologías previas, esta vez sólo se garantizó el tratamiento de los casos leves a moderados y exclusivamente con un plan ambulatorio básico. Pese a la necesidad de incorporar un tratamiento integral y pleno no hubo voluntad política para esto. Finalmente, en el año 2013 se promulga el decreto presidencial para completar las garantías GES 80 (por el número de patologías garantizadas), donde se incorpora el Trastorno Bipolar como la última patología de salud mental incorporada.

Hay que destacar que las cuatro patologías presentan garantías de acceso y oportunidad (tiempos acotados para acceder a tratamiento), y resguardo financiero (costos conocidos y estandarizados).

La ley GES en esquizofrenia significó un cambio de la cobertura en especial para aquellos asegurados por ISAPRES (antes sin cobertura alguna). Por otro lado existieron problemas con la implementación del GES Depresión. Esta, mucho más masiva que la esquizofrenia (2000 usuarios potenciales versus 250.000), generó un estímulo perverso. Las ISAPRES entregaron prestaciones sólo por psiquiatras una vez que la depresión se incorporó a la ley. Esto estimuló la migración de psiquiatras al mundo privado, debilitando el sistema público (58), mientras las ISAPRES entregaban coberturas bajas a los estratos económicos menos vulnerables. De hecho las ISAPRES tuvieron el máximo de afiliados en 1997 con el 26,15% de la población, disputándose los psiquiatras con un estado que no podía desarrollar estrategias para minimizar la pérdida de especialistas. Durante los últimos años esto ha cambiado. A fin de reducir costos por honorarios de psiquiatras, y para adscribirse al modelo sanitario, las ISAPRES comenzaron a desarrollar prestaciones por médicos generales de salud mental, logrando disminuir la demanda de la industria privada por psiquiatras.

## ***Centros de salud mental comunitaria y unidades de hospitalización de corta estadía***

Los Centros de Salud Mental Comunitaria (COSAM), fueron definidos en la “Norma técnica para la implementación y funcionamiento de centros de salud mental comunitaria” como un dispositivo ambulatorio que brinda servicios integrales de salud mental y psiquiatría a personas con problemas y trastornos mentales de moderada a alta severidad, en todas las etapas del ciclo vital y sus familias(9). Fueron concebidos para atender una población de 40.000 habitantes de una jurisdicción territorial determinada, entregando prestaciones de salud mental de especialidad. La tasa de personas en tratamiento en centros de salud mental ambulatorios y el número promedio de atenciones por persona en el año 2012 muestran una gran variación. Algunos servicios de salud presentan tasas de 405/100.000 mientras otros llegan a las 2.669/100.000, siendo el promedio 1.404/100.000 (7). Desde el aspecto funcional, estos centros buscan dar un enfoque más comunitario, biopsicosocial y con población asignada, muy por contrario a los tradicionales Atenciones ambulatorias adosadas a hospitales. En el segundo informe WHO-AIMS del “sistema de salud mental de Chile” se describe : *“Los centros de salud mental comunitaria se diferencian de las unidades de psiquiatría ambulatoria en que proveen un promedio mayor de prestaciones por usuario al año (9,8 atenciones), tienen un tiempo de espera más corto para la primera consulta psiquiátrica (35 días), un mayor porcentaje de sus usuarios reciben intervenciones psicosociales (84%) y un mayor porcentaje de estos centros entrega intervenciones en la comunidad (56,1%)”* (7)(Universidad de Chile & Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud, 2014).

Por contraparte, las Unidades de Cortas Estadía (UCE) son dispositivos emplazadas en hospitales generales de mediana y alta complejidad, así como en algunos hospitales psiquiátricos en proceso de reformulación. Están destinadas a la población adulta, pero hace ya algunos años han comenzado progresivamente a implementarse similares para menores de 18 años (7). La estadía debería ser un tiempo menor a 60 días, lo que se cumple, ya que el promedio nacional es de 22,6 días (7). Las Unidades de Hospitalización de Corta Estadía se encuentran en todas las regiones y en la gran mayoría de las provincias del país. Actualmente tienen un número de beneficiarios asignados mayores de edad, en promedio de 12.608,7 personas por cada cama (7). Es en estos centros donde se reciben todas las hospitalizaciones administrativas o forzosas, autorizadas por la Secretaría Regional Ministerial de Salud, representante local de la subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud. Este procedimiento que hospitaliza de forma forzosa a las personas, se aplica según la norma vigente: *“Reglamento para la internación de las personas con enfermedades mentales y sobre los establecimientos que la proporcionan”*, decreto 570 del Ministerio de Salud (10). Las medidas forzosas en las hospitalizaciones psiquiátricas (admisiones involuntarias de urgencia o con autorización de las SEREMI (Secretaría Regional Ministerial de Salud), los ingresos judiciales, la contención física y la reclusión en aislamiento) han aumentado entre los años 2004 y 2012 tanto en los hospitales generales como en los psiquiátricos(7).

Actualmente existen 89 COSAMs y 29 UCEs para adultos en el país (Ministerio de Salud, 2015). En los COSAMs trabajan 4224 horas/semana de psiquiatras y en las UCEs 1760 horas/semana de psiquiatras en todo Chile. No existe un registro nacional de puestos de trabajo para profesionales que permita diferenciar, entre quienes se desempeñan en hospitales y quienes lo hacen en centros comunitarios. Además un número desconocido de psiquiatras se desempeña en ambos escenarios. Según el Departamento de Procesos Clínicos Integrados del Ministerio de Salud (DIGERA MINSAL), el contrato más frecuente es el de 22 hrs, estimando que actualmente trabajan en COSAMs 192 psiquiatras y en UCEs 80 psiquiatras.

### ***Normativas legales en salud mental y derechos humanos adoptados en los niveles nacional e internacional***

Los derechos humanos son un componente esencial del mundo moderno post segunda guerra mundial (evidenciado en la Declaración Universal de Derechos Humanos(23)) , históricamente las personas con enfermedades mentales han quedado postergadas, existiendo una deuda actual en el acceso a derechos en calidad similar a todos. Durante las últimas dos décadas, y luego de la Declaración de Caracas (20) se ha ido consagrado progresivamente los derechos de las personas con discapacidad mental en diversos documentos oficiales de las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud. Esto ha comenzado a presionar a los gobiernos a generar cambios en el sentido de mejorar la igualdad de derechos de esta población.

El símbolo hábitat de las trasgresiones de los derechos humanos en las personas con discapacidad psíquica son los hospitales psiquiátricos. Ya desde fines de la década de los 90, de acuerdo a la OPS/OMS,(40) y al Centro de Derechos Humanos de las Naciones Unidas(41) y a la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas(42)(esta última en la década del 80), las libertades fundamentales y los derechos más frecuentemente violados en los hospitales psiquiátricos incluyen: el derecho a ser tratado con humanidad y respeto, el derecho a un ingreso voluntario, a la privacidad, la libertad de comunicación, a recibir tratamiento en la comunidad, el derecho al consentimiento informado antes de recibir cualquier tratamiento y el derecho a recurrir a un tribunal independiente e imparcial que determine la legalidad de la detención en un hospital psiquiátrico. Esta situación se hace extensiva a todos los aspectos de la vida de las personas, y no sólo a aquellos que vivían en hospitales psiquiátricos.

De hecho es la misma Comisión Interamericana de Derechos Humanos la que el año 2001 describe la situación:

*“La Comisión ha verificado que en las Américas, los usuarios, sus familiares, personal de salud mental, abogados, jueces y demás personas involucradas en la promoción y protección de la salud mental tienen un conocimiento limitado de los estándares internacionales y normas convencionales que protegen los derechos de las personas con*

*discapacidad mental y además que estos estándares y normas convencionales no han sido, en la mayoría de los casos, incorporados en las legislaciones nacionales”(39)*

Durante los últimos años se ha producido un proceso social de cambiar respecto de las situaciones de discriminación y de inclusión, generándose incluso el Servicio Nacional de la Discapacidad.

A continuación se mencionan las principales leyes, normas y regulaciones que determinan el ejercicio de los derechos en personas con enfermedad mental, que están vigentes en Chile.

El propósito de esta sección es una breve cita de los aspectos pertinentes de las leyes, reglamentos, tratados, convenios, decretos supremos y normas técnicas de salud mental que afectan los aspectos de los derechos de las personas con enfermedad mental. Se utilizó como documentos de estructuración para el orden secuencial de la presentación dos reportes. La revisión del informe WHO AIMS " Evaluación del Sistema de Salud Mental en Chile" Segundo informe Junio 2014 (7), principalmente en el marco jurídico internacional. Para el marco legal nacional se utilizó el "Modelo de gestión de Hospitalización psiquiátrica unidad de corta estadía para la población adulta y de Niños y Adolescentes", aun en consulta pública, aun sin la promulgación, del año 2014, (Anexo 3,Marco legal de ese documento) ( 21).

## ***I.- Marco jurídico internacional***

### ***1. Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación (22)***

Son un grupo de guías publicadas el año 2003, explicando que estas normativas son necesarias para proteger los derechos de las personas con trastornos mentales, ya que son un grupo vulnerable de la sociedad y se enfrentan a la estigmatización, a la discriminación y la marginación, incrementándose así la probabilidad de que se violen sus derechos. (21)

### ***2. Normativa de la Organización de las Naciones Unidas:***

#### ***- a. Declaración Universal de Derechos Humanos (23)***

Los 30 artículos son aplicables a las personas con enfermedad mental, al igual que a cualquier otro ser humano, aunque en ninguno de ellos se menciona específicamente la salud mental.

#### ***- b. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (24)***

En este Pacto, que profundiza los derechos del articulado anterior, establece el derecho

a la salud mental y obliga a los estados signatarios a adoptar medidas a fin de asegurarlo en plenitud. Es así como por ejemplo en el Artículo 12 se señala:

“...nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes”, y comenta aspectos de salud: “en particular, nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos”, lo que es de gran relevancia en especial para quienes tienen discapacidad psíquica y que pueden ser población vulnerable para este tipo de derechos.

- c. Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad (25)

El año 1993 se aprueba en asamblea de las Naciones Unidas, un documento jurídicamente no vinculante. Estas normas que buscan garantizar que personas con discapacidad, puedan tener los mismos derechos y obligaciones que los demás.

- d. Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental(26)
- e. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad CDPD (27)

Probablemente es la normativa legal internacional más moderna y por lo tanto la más inclusiva de todas las otras legislaciones aquí descritas. Las Naciones Unidas en su sitio web, detalla explícitamente en qué consiste el presente documento:

*“En ella se adopta una amplia clasificación de las personas con discapacidad y se reafirma que todas las personas con todos los tipos de discapacidad deben poder gozar de todos los derechos humanos y libertades fundamentales. Se aclara y precisa cómo se aplican a las personas con discapacidad todas las categorías de derechos y se indican las esferas en las que es necesario introducir adaptaciones para que las personas con discapacidad puedan ejercer en forma efectiva sus derechos y las esferas en las que se han vulnerado esos derechos y en las que debe reforzarse la protección de los derechos”(28).*

Ratificada por el Estado de Chile, entró en vigencia el 17 de septiembre del 2008 (15). Actualmente está disponible el “Quality Rights Instrumento de Calidad y Derechos” de la OMS (29) en su versión en español la que permite evaluar en detalle todos estos aspectos, tanto aplicado en usuarios como a trabajadores de centros de salud, así como a las características de estos establecimientos.

- f. Hacia una sociedad para todos: Estrategia a largo plazo para promover la aplicación del Programa de Acción Mundial para los impedidos hasta el Año 2000 y Años Posteriores (30)

Este documento busca integrar a las agrupaciones de personas con discapacidad para los procesos de propuesta y formulación de políticas relacionados con ellos.

- g. Declaración de los Derechos del Retrasado Mental(32)
- h. Resolución y decisión aprobada sobre la base de los informes del Comité de Asuntos Sociales “Prevención de la incapacitación y rehabilitación de los incapacitados” (31)
- i. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (33)

Suscrito por Chile en 1969 (33), declara que “todo ser humano tiene derecho, en todas partes, al reconocimiento de su personalidad jurídica”. Las personas con discapacidad mental pueden, en general, ejercer estos derechos, excepto las limitantes legales, que deben ser específicas y justificadas claramente.(21)

- j. Declaración sobre el Progreso y el Desarrollo en lo Social (34)

Describe el derecho de las personas a escoger libremente su trabajo y que los estados deben velar por generar medidas que garanticen el ejercicio de estos derechos.

- K. Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres (CEDAW)(35)

Es considerada como una declaración internacional de los derechos de las mujeres. Detalla que se debe aplicar en especial a “... *las mujeres que presentan una enfermedad mental y/o discapacidad mental*”(21).

- l. Convención de Derechos Humanos del Niño (36)

### *3) Normativas de la Organización de los Estados Americanos (OEA):*

- a. Convención Americana sobre Derechos Humanos suscrita en la conferencia especializada interamericana sobre derechos humanos (37)
- b. Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales, "Protocolo de San Salvador"(38)

Fue aprobado el 17 de noviembre de 1988, y hace una referencia a las personas con “disminución de sus capacidades físicas o mentales”, y el derecho a una atención especial.

- c. Recomendación de la comisión interamericana de derechos humanos sobre la promoción y protección de los derechos de las personas con discapacidad mental(39)

Aprobado el 2001, recomienda a los estados establecer mecanismos de



concientización, educación pública y acciones destinadas a combatir la estigmatización y discriminación de las personas con discapacidad mental.

- d. Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad(43)

Tiene como objetivo “la prevención y eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad y propiciar su plena integración en la sociedad”. No se considerará discriminación la preferencia a fin de promover la integración social o el desarrollo de las personas con discapacidad (21).

- e. Compromiso de Panamá con las personas con discapacidad en el continente americano(44)

Promulgada el 5 de junio de 1996, establece que los estados miembros deben fijar un compromiso con la defensa y promoción de los derechos humanos de las personas con discapacidad.

#### *4) Organización Internacional del Trabajo /OIT:*

*Convenio sobre la readaptación profesional y el empleo (personas inválidas)núm. 159, y la Recomendación núm. 168 (45).* El objetivo es permitir que una persona discapacitada obtenga y conserve un empleo adecuado y progrese, promoviéndose su reintegración en la sociedad. El trabajo debe ser elegido por ellos mismos acorde a sus elecciones y aptitudes. Este convenio propugna incentivos económicos para alentar a los empleadores a proporcionar formación y empleo a las personas con discapacidad. Además propone establecer ayuda gubernamental adecuada para establecer diversos tipos de empleo protegido así como promover la creación y el desarrollo de pequeñas empresas y talleres de producción o cooperativas.

## **II.- Marco normativo y jurídico chileno**

Existen marcos legales mayores que incorporan la constitución de la república, el código civil, código penal, código procesal penal, ley de responsabilidad penal adolescente y el código sanitario, que si bien influyen, no son determinantes directos de la materia a tratar, y superan por mucho los alcances de esta revisión, por lo cual no se tocarán en esta revisión. Chile no dispone de una legislación dedicada específicamente a salud mental. Pese a esto varias leyes incluyen componentes o disposiciones que se aplican, influyen o determinan aspectos jurídicos de la salud mental de la población. A continuación detallo los marcos legales nacionales que más tienen relación con salud mental descritos en el informe WHO AIMS 2014 respecto de Chile(7):

- . Ley No 20.584 (11) “Regula los Derechos y Deberes que tienen las Personas en Relación a las Acciones vinculadas a su Atención de Salud”. Entró en vigencia el 1 de octubre del 2012. Tiene relación con la hospitalización y a las prácticas de

investigación en personas con discapacidad psíquica e intelectual además de determinar la existencia y funcionamiento de una Comisión Nacional de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedades Mentales y de Comisiones Regionales de Protección.

- . Ley No 20.609 (12) “Que establece Medidas contra la Discriminación”, del año 2012. Constituye un importante avance en el reconocimiento y protección del derecho de las personas a no ser discriminado arbitrariamente, ya considerado por la Constitución Política. El artículo 2º hace referencia explícita a motivos de discriminación entre otros, enfermedad o discapacidad.
- . Ley N° 20.422 (13) que establece “Normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad”, del año 2010. Establece la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad, adoptando medidas compensatorias de las desventajas para la vida plena. Consolida el derecho a la sexualidad, constituir familia y acceso a salud reproductiva. Además es estado adoptará las medidas para que los niños con discapacidad puedan tener derecho a una familia y mantener su fertilidad en condiciones similares a las otras personas.
- . Ley No 20.332 (14) sobre “Producción, Elaboración y Comercialización de Alcoholes Etílicos, Bebidas Alcohólicas y Vinagres”, del año 2009.
- . Decreto No 201 (15) que promulga la “Convención de las Naciones Unidas Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo”, del año 2008.
- . Ley No 20.000 (16) que sanciona el “Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas”, del año 2005. La cámara de diputados, el 7 de julio del 2015, aprobó el proyecto de ley para la despenalización del consumo de marihuana, que despenaliza el autocultivo y permite su consumo con fines medicinales, espirituales y recreativos.
- . Ley No 19.966 (17) “Que Establece un Régimen de Garantías en Salud”, del año 2004, para lo cual existen actualmente 80 condiciones de salud incluidas, cuatro de ellas correspondientes a condiciones o patologías de salud mental (esquizofrenia, depresión, consumo perjudicial y dependencia a drogas y alcohol, y trastorno bipolar).
- . Ley No 20.379 (18) Que crea el Sistema Intersectorial de Protección Social e Institucionaliza el Subsistema de Protección Integral a la Infancia "Chile Crece Contigo" del año 2009, el cual incluye aspectos de promoción y protección de la salud mental.
- . Ley 18.600 (55) que entre otros temas, trata sobre los grados de discapacidad, su

certificación y la incorporación al Registro Nacional de la Discapacidad.

Estas leyes incluyen los siguientes aspectos principales de salud mental: a.- derechos de los usuarios, las familias y otros cuidadores en los servicios de salud mental, b.asuntos de competencia, capacidad y tutela, c.- tratamiento voluntario e involuntario, d.- acreditación de profesionales y servicios, e.- aplicación de la ley en personas con enfermedades mentales, y f.- mecanismos para supervisar las prácticas de admisión y tratamiento involuntario (7).

Las principales omisiones de la legislación chilena en salud mental se refieren a dos aspectos esenciales para el ejercicio de derechos de las personas con enfermedades y/o discapacidades mentales (7):

- Acceso a la atención de salud mental, incluyendo el acceso a la atención menos restrictiva.
- Mecanismos para implementar las disposiciones de la legislación de salud mental

Chile cuenta además con algunos procedimientos y documentación estandarizada para facilitar la implementación de la legislación relativa a salud mental, entre los cuales se encuentran los siguientes:

- Reglamentos específicos de las leyes mencionadas
- Guías clínicas para los cuatro problemas de salud mental incluidos en la Ley No 19.966 que Establece un Régimen de Garantías en Salud (esquizofrenia, depresión, consumo perjudicial y dependencia a drogas y alcohol y trastorno bipolar).
- Reglamento de centros de tratamientos y rehabilitación de personas con consumo perjudicial o dependencia de alcohol y drogas (publicada el 13-1-2010) (46)
- Reglamento para la internación de personas con enfermedades mentales y sobre los establecimientos que la proporcionan. Reglamento 570 ( 19).
- Norma de esterilización quirúrgica en personas con enfermedad mental(47)
- Norma técnica para la implementación y funcionamiento de centros de salud mental comunitaria (48)
- Norma técnica de contención en psiquiatría (49)
- Norma técnica para el tratamiento integral de adolescentes infractores de ley con consumo de alcohol, drogas y otros trastornos de salud mental (50)
- Norma técnica sobre hogares protegidos (51)
- Norma técnica sobre residencias protegidas (52)
- Orientaciones técnica para el funcionamiento de hospitales de día en psiquiatría (53)
- Orientaciones técnicas atención de adolescentes con problemas de salud mental (54)
- Norma técnica para el uso clínico de clozapina
- Norma técnica de terapia electro convulsivante (56)

## ***Situación de los derechos humanos y salud mental en Chile***

El estudio más detallado realizado en Chile respecto a Derechos humanos y Discapacidad, fue implementado durante el año 2014 (78). Este estudio fue desarrollado por Observatorio de Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental centrado en la utilización de la versión recientemente traducida al español, en nuestro país, de el “Quality Rights, Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS”(79) el que está basado en la Convención de las Personas con Discapacidad (27).

Esta investigación, utilizando la estrategia del Quality Rights toolkit (79) verificó legislación, constató documentos, protocolos de atención y sistemas de registro de atenciones, entrevistas con profesionales y técnicos, así como con usuarios de los servicios y agrupaciones de personas en tratamiento en el sistema público de salud nacional.

Las principales conclusiones se resumen a continuación (78):

a.- En relación al derecho de las personas con discapacidad mental a un reconocimiento igual al de las otras personas ante la ley (Artículo 12 de la CDPD)

- “La ley 18.600 (55) como disposición legal es contradictoria con los principios de la CDPD y debe ser sustituida por una nueva normativa que tenga como centro el reconocimiento de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad mental”(78)
- “La ley 20.584 (11) ... establece restricciones para el ejercicio de derechos en igualdad de condiciones para las personas con discapacidad mental...”(78)
- “Las transformaciones a las leyes y normativas deben ser complementadas con acciones orientadas a promover el reconocimiento y ejercicio de derechos de las personas con discapacidad mental...” (78)

Los puntos antes descritos se resumen en aspectos operativos. Por ejemplo en la ley 20.422 (13) no se reconoce expresamente la capacidad jurídica de las personas con discapacidad mental. Existe la declaración judicial de interdicción por demencia con la sola certificación de discapacidad e inscripción en Registro Nacional de Discapacidad, sin que existan salvaguardias para el ejercicio de la capacidad jurídica. Aun persiste la designación de curador de bienes con requisitos mínimos, el cual sustituye a la persona en vez de apoyarla, sin el derecho a manejar sus propios bienes y asuntos económicos. Sólo el 26,7% (78)de los dispositivos evaluados cumple con incorporar a los usuarios en las decisiones de sus tratamientos así como tener acceso a su ficha clínica. Sólo el 46,7% (78) de los dispositivos cumple con informar a los usuarios sobre sus derechos.

b.- Derecho de las personas con discapacidad mental a la libertad y seguridad (artículo 14 de la CDPD)

- En Chile "... no se contemplan la existencia de organismos autónomos que autoricen y supervisen los procedimientos involuntarios y no incluyen disposiciones para las personas institucionalizadas a largo plazo ni para las personas que no tienen la capacidad para otorgar un consentimiento válido..."(78).

Ejemplos relevantes se evidencian en las hospitalizaciones involuntarias, autorizadas por la SEREMI (Secretaría Regional Ministerial) de Salud, la cual no es autónoma del sistema de salud (es parte de él como autoridad sanitaria) lo que implica ser juez y parte en estos procesos. Es aun más complejo que la ley no establezca ningún mecanismo donde se pueda apelar a la resolución de internación administrativa quedando al arbitrio unilateral de las autoridades. Finalmente basándose en el informe WHO AIMS 2012, Chile está en un nivel intermedio de hospitalizaciones forzadas, ya que debería ser al menos similar a países desarrollados (12,9%), presentando 17,3% en hospital general y 13,6% en hospitales psiquiátricos.

c.- Derecho de las personas con discapacidad mental a la protección contra la tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes (artículo 15 de la CDPD)

Sólo el 40% de hospitales psiquiátricos y 25,8% de hospitales generales recibieron visitas de inspección (no externa al sistema de salud)(2012) lo que es claramente insuficiente y además sin independencia. El 26,1% de usuarios tuvieron contención física y/o aislamiento en hospitales generales y 57,9% en hospitales psiquiátricos, lo que se encuentra claramente muy lejos del 0% solicitado por la OMS. Finalmente si bien en el artículo 25 del reglamento 570 del MINSAL (19) , se hace alusión a que se necesita la evaluación de la Comisión para la Protección de las Personas con Discapacidad, frente a tratamiento como esterilización y psicocirugía u otros tratamientos irreversibles; esto no considera el derecho a consentimiento exclusivo de la persona con discapacidad lo que no está consignado en la ley u otro reglamento, como sugiere la OMS.

d.- Derecho de las personas con discapacidad mental a vivir en forma independiente y a ser incluidos en la comunidad (Artículo 19 de la CDPD)

- "El desarrollo del modelo comunitario implica un aumento tanto en la cantidad como en la calidad de los servicios comunitarios: mayor número de centros de salud mental comunitarios, de programas de rehabilitación psicosocial e inclusión social, de hogares y residencias protegidas y de los recursos humanos que trabajan en estas instancias; pero también, mayor cumplimiento de estándares de calidad y respeto de derechos humanos en todos los dispositivos y programas de salud mental comunitarios, y una mayor formación en el modelo de salud mental comunitario de los equipos que trabajan en ellos"(78).

Aun existen 312 personas en hospitales psiquiátricos (Ministerio de Salud, MINSAL 2011) no pudiendo aun haber emplazado a estas personas en residencias protegidas en la comunidad. Por otro lado el desarrollo del modelo comunitario en los Servicios de Salud con una media nacional de 35,8% muestra un desarrollo aun insuficiente y claramente muy dispar. Quizás donde se observa un avance mayor es la existencia de 27,5 plazas para personas en hogares y residencias protegidas por cada 100.000 personas, siendo el estándar ideal de 48, para usuarios de FONASA (aseguradora pública de salud).(78)

e.- Derecho de las personas con discapacidad mental a la educación (artículo 24 de la CDPD)

Según WHO AIMS 2012, 18,4% de las escuelas municipales, 8,4% de las particulares subvencionadas (financiamiento privado y estatal) y 4,6% de las particulares cuentan con un profesional de Salud mental, lo que se considera un desempeño bajo. Según el Instituto Nacional de Derechos Humanos al 2011, el 9,4% de los niños/as con discapacidad mental están integrados en escuelas normales (el 90,6% están en escuelas especiales).

f.- Derecho de las personas con discapacidad mental a la salud (artículo 25 de la CDPD)

- "Pese a los importantes avances logrados con el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del año 2000, Chile no ha logrado instalar de modo suficiente un modelo de atención de salud mental respetuoso de los derechos y que sustituya definitivamente al modelo manicomial..." "... Ello se refleja en las insuficiencias presupuestarias, persistencia de instituciones psiquiátricas que inhiben el desarrollo de la red de dispositivos de salud mental comunitaria y los servicios en hospitales generales, brechas de recursos humanos de acuerdo al tamaño de las poblaciones a las cuales sirven los equipos comunitarios, insuficiencias de cobertura y calidad de atención y serias inequidades en el acceso de acuerdo a variables territoriales, socioeconómicas y étnicas"(78).

Según el MINSAL (2014), sólo el 5,3% de las personas beneficiarias de FONASA reciben tratamiento alguna vez en el año por salud mental, en contraste con países de mayores ingresos con un 12%. En forma dispar aquellos asegurados por sistemas privados (ISAPRES) presentan un 12,2% similar a los países desarrollados, demostrando lo inequitativo del sistema actual chileno. El 68,4% de personas con primer episodio de esquizofrenia abandona el tratamiento antes del primer año, mientras que el promedio a nivel mundial de referencia es 21,3%, mostrando claramente un déficit en el seguimiento de este tipo de usuarios. Pese al estándar MINSAL de 40.000 beneficiarios de FONASA por cada Centro de Salud Mental Comunitario, hay 164.940; siendo un valor que evidencia la falta de desarrollo de este tipo de establecimientos. El 6,7% de los dispositivos de salud mental cumplen en forma total el estándar de acceso de usuarios a programas psicosociales y 53,3% en forma parcial, lo que representa un nivel de desarrollo medio. Existe una brecha no cubierta de más de 1000 horas profesionales en los Centros de Salud Mental Comunitaria (78, 80).

g.- Derecho de las personas con discapacidad mental a la habilitación y rehabilitación (Artículo 26 de la CDPD)

- “Las políticas públicas en salud mental comunitaria deben orientarse a responder a las necesidades de los usuarios y a promover sus niveles de bienestar e inclusión social desde la perspectiva de la rehabilitación psicosocial”(78).
- “Es necesario problematizar la distribución de los recursos y centralidad de prestaciones de orientación médica en desmedro de intervenciones psicosociales y comunitarias...”(78).

Esto se representa en que sólo el 7,6% de personas con primer episodio esquizofrenia tienen un plan individual integral de tratamiento. Por otra parte ninguno de los dispositivos cumple en forma total con que los usuarios participen en sus planes de recuperación y 46,7% lo hace en forma parcial. Ninguno de los dispositivos de salud mental cumple en forma total con el estándar de apoyar a los usuarios en el acceso a empleo y sólo el 13,3% lo hace en forma parcial. Sólo el 28,2% de personas con primer episodio psicótico y con diagnóstico de esquizofrenia recibe entrenamiento en habilidades sociales. Es aun más dura la realidad al evidenciar que sólo el 13,6%% de personas con primer episodio de esquizofrenia recibe intervenciones para inclusión educacional y 15,4% para laboral. Es evidente que estos indicadores se asocian a falta de recursos pero también a la falta de enfoque y capacitación en estrategias comunitarias de los equipos de tratamiento(78).

h.- Derecho de las personas con discapacidad mental al trabajo y empleo (artículo 27 de la CDPD)

- “...un porcentaje bajo de personas con discapacidad mental tiene un empleo en nuestro país, debido a discriminación en los procesos de selección y contratación y a la práctica habitual de despido de las personas que tengan algún problema mental”(78).
- “Chile tiene que cumplir con la CDPD aboliendo la disposición de la ley 18.600 que permite contratar personas con discapacidad mental con una remuneración menor al sueldo mínimo”(78).

i.- Derecho de las personas con discapacidad mental a un nivel de vida adecuado y protección social (artículo 28 de la CDPD)

- “Chile tiene un alto nivel de logro en políticas y legislación que garanticen asistencia financiera a través de pensiones básica solidarias de invalidez (PBSI)...” “... es altamente probable que solamente estén accediendo a las PBSI solamente alrededor de un tercio de las personas elegibles”(78).
- “Se necesita con urgencia evaluar la aplicación de la ley 20.255 para detectar la barreras de acceso de las personas con discapacidad (y específicamente el de las con discapacidad mental) e implementar las medidas correctivas que faciliten un acceso adecuado a las PBSI”.

Las ISAPRES rechazan el pago del 46% de las licencias por enfermedad mental y FONASA lo hace con el 29% de ellas. La ley 20.422 dispone de la pensión básica solidaria (\$ 82.058 pesos chilenos mensuales el 2013, equivalente a US 123,09, valor cambiario al 14/4/16) para el 60% de las personas con discapacidad mental de menor ingreso familiar, que además representa sólo el 32,8% del sueldo mínimo fijado por ley (250.000 equivalente a US 375, valor cambiario al 14/4/16) y que a juicio de muchos representa un poder adquisitivo muy por debajo de la línea de la pobreza. Esto es reafirmado por el informe “Employment Outlook 2015” de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos OCDE “...el salario mínimo no asegura un camino para salir de la pobreza para los trabajadores chilenos”(94).

j.- Derecho de las personas con discapacidad mental a participar de la vida política y pública (Artículo 29 de la CDPD):

- “Es necesario que se refuercen los recursos humanos y los programas formativos de los equipos de salud mental, de modo que ellos incorporen a su práctica diaria el enfoque de derechos basado en la CDPD. Así también, se requiere que los equipos de salud mental sean efectivamente interdisciplinarios y horizontales en la toma de decisiones respecto al tratamiento y que consideren la visión de los usuarios. Desde esta perspectiva, es posible promover su capacidad de autonomía y apoyo mutuo, haciéndolos partícipes en la creación de las normas que los rigen, los protocolos de atención y la convivencia diaria en todos los dispositivos de salud mental, en especial en los hogares protegidos donde viven”(78).
- “A su vez es necesario que desde el gasto público de salud, una parte del presupuesto para salud mental se destine para que los espacios participativos se construyan de acuerdo a las orientaciones definidas por los mismos usuarios, en relación con sus necesidades. Esta iniciativa de fortalecimiento comunitario, con administración de acciones y recursos por las organizaciones de usuarios, puede llegar a ser un aporte relevante para aumentar los niveles mayores de participación pública y política de las personas con discapacidad mental”(78).

Ninguno de los dispositivos evaluados logra cumplir en forma total con el estándar de apoyar a usuarios a participar en la vida política y pública y el 6,7% de ellos lo hace en forma parcial. El 59,7% % de los dispositivos de Salud mental interactuaron con asociaciones usuarios en un año. El 51% de los usuarios de hogares protegidos sienten que no pueden influir en las decisiones que toma la cuidadora, lo que claramente evidencia una tendencia autoritaria en los lugares de residencia, que deberían ser realmente “como su casa”(78).

Como conclusión final el Observatorio de Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental propone que la mayoría de las modificaciones legales que se requieren para que el país cumpla con el compromiso con la CDPD podrían incluirse en una Ley de Salud Mental, tal como las que han promulgado varios países latinoamericanos. Durante el año 2016 las autoridades ministeriales de salud se han comprometido a implementar una ley de salud mental. Esto se está desarrollando a la



par del diseño del nuevo plan de salud mental para la década. Ambas se esperan tener como primera propuesta durante el año 2016. Se han desarrollado sistemáticamente sesiones de trabajo con profesionales, gremios, usuarios, agrupaciones de familiares y asesorías de expertos, buscando la conformación más adecuada a nuestra realidad.

## **REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

### **Estudios sobre opiniones, actitudes y derechos humanos en la práctica clínica de psiquiatras**

En 1963 Goffman definió el estigma como trato de profundo descrédito (81), siendo este un proceso social interactivo, donde el individuo se le atribuye una "culpa falsa". Byrne plantea que los problemas surgen cuando las personas se conducen en base a estereotipos negativos rígidos discriminatorios (82). Philo, describe que 2/3 de los temas de salud mental en la televisión del Reino Unido se referían a violencia (1996)(83). Fábrega (1995) encuentra que los estudiantes de medicina y los médicos coinciden en que los pacientes psiquiátricos "no son fáciles de llevar", pero cuando más aprenden sobre el tema menos estigmatizan (84). Alison coincide en sus hallazgos en que los profesionales con el mayor conocimiento sobre las enfermedades mentales son generalmente los menos estigmatizadores (85). Shaw encuentra que los profesionales de la salud encubren las enfermedades mentales propias pudiendo explicar las altas tasas de suicidio en estudiantes de medicina y médicos jóvenes (86). Esto es reafirmado por Summerfield quien plantea que el estigma no solo lo presenta el enfermo, la familia y la sociedad, sino también los psiquiatras (87). Sartorius es explícito en plantear que el diagnóstico, base en el modelo médico tradicional, es usado tanto por la población general como por los trabajadores de la salud a modo de marcador de prejuicios y actitudes negativas(88). Plantea además que esto se refleja en los profesionales de la salud también en aspectos diferentes como cuando se solicitan mejores remuneraciones o vacaciones extraordinarias por el "trabajo duro", pero a la vez aseguran que los enfermos son similares a nosotros, lo que es un sin sentido(88).

Centraré la revisión en las formas de evaluación del estigma, de acuerdo con la metodología que he utilizado para el estudio. Podríamos decir que existe estigma de diferentes tipos y en diferentes poblaciones. Para los fines de este análisis, focalizado en los psiquiatras, detallaré las investigaciones realizadas con metodologías similares orientadas a dicha población.

El estigma como concepto abstracto es de muy difícil medición, por lo que se suele evaluar las opiniones, los juicios de valor y las conductas, como una suerte de reflejo de las concepciones del evaluado. Por lo tanto operacionalmente para poder medir el estigma hay diferentes estrategias. Se han utilizado las encuestas de autoreporte así como el uso de viñetas. Star en 1955 fue la primera en utilizar viñetas(89). La viñeta se presenta como un prototipo de caso clínico a la que los sujetos responden. Cuenta con tres grandes ventajas: permite establecer modelos clínicos complejos, de difícil repetición y gestión; permite establecer un gran número de conceptos psiquiátricos estigmatizadores; y finalmente que pueden ser asignados al azar y por lo tanto asignar potencia estadística (90). El mayor problema es el uso de casos hipotéticos que pueden ser poco realistas. Además, aunque se pudiera superar este aspecto, los sujetos de investigación reaccionan a situaciones teóricas y no en casos de la vida real (91). La otra forma de medir el estigma es a través de cuestionarios o escalas de autoreporte, como ya mencionamos, presentando

características similares a la viñetas en especial en lo relativo a no tratarse de situaciones *in vivo*. Por otra parte, existen metodologías mixtas, utilizando ambas, viñetas como cuestionarios.

Con metodologías mixtas, Szabo et al (2000) (92), Kullgren et al (1996) (93), y Desviat et al (1999)(95) usaron un instrumento diseñado por Kohn y Levav (1986), buscando describir lo que llamaron “actitudes, práctica clínica y ética” en el desempeño de los psiquiatras. En el contexto histórico de aquellos años la ética era la forma de referirse a los conceptos actuales de derechos humanos en salud mental. Debido a que utilizaremos el instrumento empleado en estos estudios, es que detallaré los hallazgos encontrados por ellos.

Los tres estudios citados fueron desarrollados entre los años 1993 y 1996. Cada estudio se centró en la población de médicos psiquiatras del país de residencia de los investigadores: España (Desviat), Szabo (Sudafrica) y Kullgren (Suecia). Los estudios utilizaron muestras representativas aleatorias de la población total de psiquiatras colegiados (en el estudio de Desviat 50%, 25% el de Kullgren y 84% el de Szabo). Los tres incorporaron residentes en proceso de formación de psiquiatría aun no certificados. Los tres estudios enviaron por correo un cuestionario y dentro de plazos diferentes, y sólo el estudio español y sudafricano reiteraron la solicitud. Con esto destaca que, sólo con un envío del cuestionario, el 60% fueron respuestas válidas en los psiquiatras suecos; mientras que con dos solicitudes de respuesta, lo hicieron 36,5% validas de los sudafricanos y 20,4% validas de los españoles. Esto pudiese explicarse por diversos factores, a considerar el hecho que el estudio de Kullgren cita que garantizaba la confidencialidad, mientras los de Desviat y Szabo no se detalla, aunque podría haberse realizado. Otro factor relevante es el tiempo estimado en responder la encuesta. que por lo extenso podría haber desincentivado la opción de respuesta. Sin perjuicio de lo anterior se debe tener claro que los datos obtenidos en todos los estudios probablemente presentan sesgos marcados en el reclutamiento debido al bajo porcentaje de respuesta, lo cual se debe considerar al analizar los datos. El instrumento utilizado fue similar en los tres estudios, un cuestionario mixto con viñetas y enunciados a valorar. Las viñetas describían una caso de psicosis paranoide, otro con un trastorno del ánimo y un último caso considerado como normal, debiendo responder preguntas respecto a cada uno. Cada caso además tenía cuatro versiones variando género y clase social del paciente. Posteriormente se debían valorar en escala Likert entre ético (0) y no ético (5) entre 16 y 19 propuestas que examinaban situaciones controversiales.

Respecto a las características de los sujetos reclutados con respuestas validas, en los tres trabajos la mayoría eran varones (69,3% españoles, 58,8% sudafricanos y 55% los suecos), con edades promedio que variaban entre 41 y 50 años. Se reportaron como psiquiatras titulados 95% en Sudáfrica y 96,7% en España. La orientación clínica predominante fue la biológica especialmente en sudafricanos (61%) y en españoles (38,4%). Sobre el 80% se dedica a tratar personas adultas solamente. Sólo Kullgren describe los lugares de trabajo, 71% en centros comunitarios, 38% sólo trabajaba exclusivamente en contextos ambulatorios y más de 1/3 lo hacía en atención cerrada

como ambulatoria (93). Ninguno de los tres estudios realiza comparaciones entre aquellos que trabajan en centros comunitarios y atención cerrada.

Para la viñeta de una persona con esquizofrenia hubo consenso generalizado en el tipo de diagnóstico así como en la seguridad de éste en los tres estudios. Algo similar para depresión pero con valores discretamente menores. Estos resultados coinciden con lo encontrado por Nordt en Suiza(96). Esto era esperable considerando lo florido de las presentaciones clínicas ajustadas a las clasificaciones internacionales, que resultaban difícilmente ambiguo, en especial para especialistas en el área. El tercer caso de un sujeto sano coincidentemente los tres estudios encontraron que la minoría de los psiquiatras (33% Szabo, 35% Kullgren, 12,7% Desviat), indicaban que se encontraba mentalmente sano (92,93,95). Los diagnósticos más planteados fueron: psicosis maníaco depresivo o similares (92,93), psicosis paranoide hasta trastorno de personalidad (92,93), trastorno delirante (92). Esto es algo muy relevante y sugiere la necesidad de observar el proceso diagnóstico y su uso, además de lo subjetivo de la aplicación de la práctica clínica, con las implicancias para los potenciales pacientes..

Kullgren describe que el 48% sólo ocasionalmente recurrían a las *internaciones forzadas*, mientras que el 30% lo hacía en forma casi semanal. En este punto no existía diferencia significativa según género del médico, pero si se asociaba significativamente a los más jóvenes quienes accedían más a este procedimiento. Por otro lado frente a una persona con esquizofrenia, el grado de peligrosidad aumenta significativamente la indicación de internación no voluntaria si hay violencia (85,4%Desviat, 97% Kullgren), aunque con valores relativos menores en los psiquiatras sudafricanos (60,8%). No sabemos si esta diferencia entre los grupos son significativas y menos aun su origen, aunque podrían haber factores culturales y/o legales involucrados en estas diferencias, como por ejemplo el umbral social de tolerancia a la agresión. Para el caso de depresión, en los tres estudios (92,93,95) la hospitalización involuntaria se asocia significativamente con el riesgo de causarse daño, conducta esperable para un psiquiatra clínico buscando disminuir los riesgos. En los pacientes deprimidos los psiquiatras de mayor edad indican significativamente más hospitalizaciones involuntarias bajo petición de la familia (95).

Existe concordancia en los tres estudios (92,93,95) que la mayoría de los psiquiatras opinaba que el paciente con depresión debía ser *informado sobre su diagnóstico* (70,9%, 63%, 94% respectivamente), en contraste con el caso de esquizofrenia (28%, 46%, 64% respectivamente), planteando diferencias sustanciales para esta conducta entre ambos casos. Ono (99) en psiquiatras japoneses reporta 7,3% de ellos informa de esquizofrenia al paciente. Posteriormente Üçok (2004) usando un cuestionario de autoreporte, ratifica estos hallazgos (32% en esquizofrenia), en psiquiatras de Turquía (60% tasa de respuesta)(98). Esto se puede entender desde los modelos teóricos históricos que sustentan la praxis psiquiátrica, donde la psicosis por definición afecta la capacidad de decidir (aunque actualmente sabemos que no siempre es así). Desviat (95) reporta que en el caso de esquizofrenia, la decisión de informar si pensaba que podía complicar la terapia era 32%, menor a los valores encontrados por Szabo (59%), y a los suecos (46%). Esta situación es reportada como similar para el caso con depresión (95). Según Kullgren, entre quienes pensaron que era importante informar el diagnóstico al paciente con esquizofrenia, 2/3 (61%) lo

hizo para mantener la relación médico paciente y sólo el 14% por respetar sus derechos. Esto sugiere que se prioriza el rol de terapeuta por sobre el enfoque de derechos humanos. Esto es muy relevante debido a tratarse de un trastorno mental severo que suele requerir más apoyo en las áreas de defensoría de sus derechos. Üçok (Turquía)(98) describe como las causas más frecuentes para no comunicar el diagnóstico de esquizofrenia: 32,6% no entenderán el diagnóstico, 28,3% abandono de tratamiento, 13,5% desmoralización, falta de conocimientos 15,2% y 10,9% no le sería útil al paciente. Ono (99) muestra que por el contrario para no comunicar este diagnóstico se citó la sensación de desventajas de los pacientes (65,5%) y el hecho que ellos y su familia lo experimentaban como un diagnóstico peligroso (27,3%). Estas formas de justificar de los psiquiatras sugiere que podría existir factores culturales importantes entre distintos países.

La *presión familiar* para hospitalizar aumenta la probabilidad de ingreso involuntario en los tres estudios ( $p<0.01$  y  $p<0.05$ )(92,93,95), tanto para esquizofrenia como para depresión, incluso si no es peligroso (esquizofrenia) (95) e independiente de la severidad de la conducta suicida en depresión. Además independiente del diagnóstico del paciente, los psiquiatras varones y los que realizaban más internaciones forzosas, son los que más deciden internaciones no voluntarias si la familia lo solicita ( $p<0.01$ , Kullgren). Estos datos sugieren que la presión familiar por hospitalización, suele ser un factor determinante en la decisión final, independiente del escenario clínico del paciente, lo que podría estar trasgrediendo los derechos del enfermo de forma flagrante.

Las pacientes de *sexo femenino* con esquizofrenia son significativamente más medicadas forzosamente (92,95) si se hacen violentas y además se internan forzosamente más(92). Por contraparte el ser varón en el caso de depresión muestra diferencias significativas: se informará más del diagnóstico (95), se hospitalizará involuntariamente con más frecuencia si tiene ideas suicidas o si la familia presiona(95,92), y su esposa será informada con más frecuencia en contra de sus deseos si es que se necesita para ayuda en el tratamiento (95), reciben más TEC (terapia electroconvulsiva) involuntaria ante tratamientos insuficientes e ideación suicida persistente (92).

Los tres equipos de investigación (92,93,95) encontraron que la *medicación forzada* se indicaría estadísticamente más si el paciente con esquizofrenia es potencialmente violento o declaradamente violento, arguyendo que es por el bien superior del usuario (64% Kullgren). Para este mismo paciente frente a la solicitud de medicación forzada originada en el equipo de enfermería, dos estudios (92,95) concluyen que existe significancia estadística mayor en la decisión de no medicar del psiquiatra, incluso si presenta cuadro alucinatorio, violento o amenazante. Esto sugiere que la decisión, en esta situación, no está comandada por la presentación clínica, sino más bien por una suerte de lucha de posturas terapéuticas, donde el psiquiatra tiene el poder técnico intransferible en asignar fármacos al evaluar la clínica y probablemente la contraparte tiene una visión menos permisiva y más coercitiva de la conducta. En caso que el paciente con depresión se hiciera disruptivo, más de la mitad de los psiquiatras indicaría restricción ambiental solamente y sólo 13% los medicaría (93).

La terapia electroconvulsiva (TEC) para ideas suicidas persistentes y conducta suicida reiterada en hospitalización, se recomendó significativamente más, en comparación a la ausencia de ideas suicidas(92,95). De forma contradictoria y de difícil interpretación, al analizar la respuesta de los psiquiatras frente a si enfermería solicita la terapia electroconvulsiva para este caso, algunos la indican menos (95), otros sólo acceden con peso estadístico en el caso de ideación suicida persistente (93) y paradójicamente otros disminuyeron significativamente la indicación, especialmente para intentos reiterados en hospitalización (92). Esta situación sugiere que podría existir una suerte de conflicto interprofesional.

La *clase social* del enfermo con depresión o esquizofrenia, no sería un factor determinante al decidir los tipos de tratamientos (95), pero por contraparte, informar sobre los efectos secundarios de la medicación, es menos probable si es que la adherencia al tratamiento pudiese ser baja (95).

En esquizofrenia y depresión los *psiquiatras varones* indican significativamente más contención física en pacientes violentos (95). Para el caso con esquizofrenia, estadísticamente las psiquiatras mujeres optan menos por restricción ambiental (92,93), y más si se trata de depresión (92), así como a considerar no ético indicar la TEC involuntaria (93,95). Esto sugiere que el género del terapeuta, son determinantes en la conducta. Los tratamientos son más invasivos y restrictivos por parte de los psiquiatras varones, mientras que las psiquiatras prefieren estrategias menos coercitivas. Esto coincide con los hallazgos de Kullgren descritos previamente donde los psiquiatras varones y quienes realizaban habitualmente más internaciones forzosas, indican más internaciones no voluntarias si la familia lo solicita ( $p<0.01$ , Kullgren)(93). En esquizofrenia los más jóvenes indican más hospitalizaciones (95) y más contención física (95) y en depresión son los psiquiatras más antiguos quienes significativamente optan más por uso de fármacos por sobre contención física (93). En general los de más edad consideran significativamente no ético: la TEC involuntaria (95), contención física (93,95), recomendar abortar a pacientes psicóticas (95), no informar de efectos adversos de fármacos (95). Por contraparte los más jóvenes comunican más veces a la esposa para el tratamiento (92) y consideran no ético tener sexo con pacientes antiguos como actuales (93) así como indicar neurolépticos de depósito en psicóticos crónicos que rechazaron tratamiento (93). Esto indica que la evidencia sustentaría la experiencia como un factor determinante en la práctica clínica reportada.

Estudios posteriores han descrito hallazgos similares. Nordt (96) en el año 2006 utilizando una metodología mixta, similar a los estudios descritos, comparó población general y profesionales de salud mental. Evaluó estereotipos de los enfermos como “peligroso”, “impredecible”, “estúpido”, “sucio”, “anormal”, “poco confiable”, “extraño”, “tolerante”, “autocontrolado” y “saludable”. Encontró que entre los psiquiatras que respondieron (38,9%, 202 evaluados) tenían más estereotipos negativos que cualquiera de los otros grupos (profesionales y población general), y en especial los más jóvenes. Además la distancia social reportada (Escala de distancia social versión alemana) hacia la esquizofrenia fue igualmente alto en psiquiatras como en el público, lo que coincidió con el estudio de Lauber del 2004 (97). Concordando con esto Üçok

(98) reporta que el 43% de los psiquiatras no visitaría a un paciente en su hogar y 55,2% expresa incomodidad al encontrarse con un paciente con esquizofrenia en un evento social. Este mismo autor reporta que el 25% presentaba familiares con los diagnósticos propuestos, pero no se logró evidenciar diferencias en términos de actitudes entre ellos y quienes no tenían parientes enfermos (98). En la misma línea de trabajo, Loch utilizó escalas midiendo preconcepción, estereotipo y distancia social, en psiquiatras brasileños (2009). De este proceso ha realizado tres publicaciones complementando los primeros hallazgos. Inicialmente reporta que en los psiquiatras evaluados: las personas con esquizofrenia se asociaban más a estereotipos negativos que positivos; estos mismos eran quienes tenían mejores impresiones de los fármacos y sus efectos adversos; y los psiquiatras varones fueron quienes mostraron más distancia social (2011) (100). En su segundo análisis describe además que los psiquiatras más jóvenes presentaban más estereotipos negativos y mayor prejuicio (101), lo que coincide con Nordt (96) en psiquiatras suizos. Más aun esta opinión negativa resulta mayor que la población general (101).

Para los fines del presente estudio no se logró identificar investigaciones que realizaran comparaciones entre los psiquiatras que se desempeñaban en ambientes más comunitarios versus los que lo hacen en recintos hospitalarios o de escenarios más tradicionales.

## **PARTE II: CONTRIBUCIÓN PERSONAL**

### **METODOLOGÍA**

#### ***Objetivos***

##### **Objetivo General**

Estudiar las actitudes y opiniones en la práctica clínica de psiquiatras.

##### **Objetivos específicos**

- 1.- Comparar el perfil demográfico y socio profesional de los psiquiatras, que trabajan en los centros comunitarios de salud mental y en las unidades de hospitalización psiquiátrica de corta estancia en relación a las opiniones clínicas.
2. Comparar actitudes y opiniones sobre la práctica clínica en los dos perfiles de pacientes: el trastorno depresivo (F32), y la psicosis paranoide (F30)
3. Comparar el conocimiento de la Convención Internacional de las Personas con Discapacidad, entre los psiquiatras de centros comunitarios de salud mental y unidades de hospitalización psiquiátrica de corta estancia.
4. Comparar el conocimiento sobre abusos en la práctica de la psiquiatría, entre los psiquiatras de centros comunitarios de salud mental y unidades de hospitalización psiquiátrica de corta estancia.
5. Comparación entre ambos grupos la exactitud diagnóstica, tratamiento y decisiones clínicas relacionadas con las viñetas de casos.
6. Comparar el comportamiento clínico reportado en las viñeta y situaciones controversiales, entre psiquiatras masculinos y femeninos para ambos grupos.
7. Comparar la orientación clínica psiquiátrica con situaciones controversiales y comportamiento clínico reportado en viñetas de casos.
8. Comparar entre quienes realizan hospitalizaciones voluntarias e involuntarias, las conductas clínicas.

#### ***Tipo de estudio***

Se trata de un estudio de naturaleza descriptiva de diseño no experimental.

#### ***Población y muestra***

Por la finalidad del estudio, el universo de población a analizar incorpora a los psiquiatras que atienden pacientes adultos y que se desempeñen en el sistema público de salud chileno en algunos de los siguientes dispositivos: centros comunitarios de salud mental (COSAM) o unidades de hospitalización de corta estadía (UCE).



De acuerdo a lo informado por el Ministerio de Salud (MINSAL, Dirección de Gestión de Redes Asistenciales DIGERA, Unidad de Salud Mental) noviembre del 2015, no existe un registro formal del número de psiquiatras que se desempeñen en COSAMs como en UCEs. Esta repartición informó el total de horas/psiquiatras contratados por cada área: COSAM 4224 horas/semana de psiquiatras y UCE 1760 horas/semana de psiquiatras en todo Chile. En base a los contratos predominantes en el sistema público (22 hrs por psiquiatra), la DIGERA estima que existen en total 272 cargos de psiquiatras, 192 en COSAM y 80 cargos en UCE, que correspondería a nuestro universo de psiquiatras. En relación a los centros a incorporar, en la misma fecha reportaron que existen 89 COSAMs (Anexo 1) y 29 UCEs (Anexo 2) para adultos en el país.

Como técnica de toma muestral se utilizó el muestreo en *múltiples etapas*. Inicialmente se realizó un *muestreo sistemático* de los centros, en cada una de las listas de COSAMs y de UCEs. En un segundo tiempo para cada centro seleccionado, mediante *muestreo consecutivo* se selecciona un máximo de tres psiquiatras por centro (dos por COSAM y 3 por UCE), a quienes se contactó posteriormente por correo electrónico. Para poder garantizar un mínimo de encuestas contestadas, que permitiera un poder estadístico aceptable, se reclutó sucesivamente hasta completar un total de 30 sujetos con respuestas recibidas por grupo (COSAM y UCE). Según este proceder se envió el cuestionario a psiquiatras de 64 centros (49 COSAM y 15 UCE), con tasa de respuesta por centro, de 54,6% general, ver tabla 3. EL 68,5% eran centros de regiones y 31,4% de la capital del país, ver tabla 4. Sobre el universo de 272 psiquiatras, se les envió la encuesta a 143 (52,6%) psiquiatras. La tasa general de respuesta por psiquiatras fue 41,9%, ver tabla 5.

Tabla 3. Detalle de la muestra por centros, distribuidos según centros con encuestas enviadas y centros con respuestas obtenidas. Número y porcentaje.

	Centros sin respuestas obtenidas	Centros con respuestas obtenidas	Total
	N %	N %	N %
COSAM	26 (53,1%)	23 (46,9%)	49 (100%)
UCE	3 (20,0%)	12 (80,0%)	15 (100%)
Total	29 (45,4%)	35 (54,6%)	64 (100%)

Tabla 4. Centros según distribución territorial con respuestas obtenidas. Números y porcentajes.

	Capital nacional (Santiago)	regiones	total
COSAMs			
N	8	15	23
%	(34,7%)	(65,2%)	(100%)
UCEs			
N	3	9	12
%	(25,0%)	(75,0%)	(100%)
Total			
N	11	24	35
%	(31,4%)	(68,5%)	(100%)

Tabla 5. Psiquiatras sin respuestas obtenidas y con respuestas obtenidas, según tipo de centro. Números y porcentaje.

	Psiquiatras sin respuestas obtenidas N %	Psiquiatras con respuestas obtenidas N %	Total N %
COSAM	68 (69,4%)	30 (30,6%)	98 (100%)
UCE	15 (33,4%)	30 (66,6%)	45 (100%)
Total	83 (58,1%)	60 (41,9%)	143 (100%)

## ***Técnicas de instrumentos de recolección de datos***

### ***I. Procedimiento de recolección de datos***

Se contactó a los psiquiatras seleccionados por correo electrónico, invitándolos a participar, incorporando un documento formal titulado "Convenio de Cooperación" (Anexo 3) adjuntando una conexión web hacia la encuesta. Quienes aceptaran participar debían activar la dirección web adjunta para el despliegue del instrumento. El instrumento se alojó en una cuenta privada (de acceso exclusivo) del investigador, en un sistema de software en línea. Cada sujeto al activar link, desplegaba una ventana emergente automática, sin nexo identificable con quien respondía. Podían responder desde cualquier computador, tablet o Smartphone que soportara la aplicación. Dicho programa no utilizaba "cookies" u otros mecanismos de infiltración de datos que violara la privacidad del aparato electrónico ni su usuario. Cada vez que un sujeto respondía la encuesta y la enviaba, esta quedaba alojada en un sistema de registro a modo de planilla de datos, junto a las ya recibidas para su posterior análisis.

El proceso de reclutamiento y aceptación con la recepción de las encuestas se desarrolló entre el 6 de agosto y 10 de septiembre del 2015.

Se utilizó como criterio de exclusión, los médicos sin haber logrado la especialización en psiquiatría de adultos hasta diciembre del 2015.

### ***II. Instrumento de recolección de datos***

Esta encuesta utiliza un instrumento desarrollado por Kohn y Levav en 1986 (92,93,95), se adjunta uno de los formatos tipo de la encuesta original usada como referente y facilitada por el Dr Robert Kohn (Anexo 4).

El instrumento fue desarrollado y validado originalmente en lengua inglesa, y si bien se realizaron evaluaciones en población hispanoparlante (95), no se logró acceder al instrumento en español. Por este motivo se realizó el proceso de traducción y

adaptación del instrumento a nuestra realidad local. Se realizó la primera traducción por una persona nativa de habla española, con estudios formales en inglés (profesor de idiomas). A continuación, un profesor de inglés nativo, hizo una traducción reversa. En un tercer tiempo, un psiquiatra desarrolló una revisión del cuestionario traducido al español. Posteriormente se adaptaron frases o palabras acorde a las necesidades del estudio. Todo este proceso llevó a cabo mejoras en el instrumento final. Después de eso, se estableció una prueba de campo en 10 psiquiatras muestreados desde el total local de psiquiatras, donde nuevamente se ajustaron algunas frases o problemas en la forma de responder del sistema informático.

Respecto a los componentes de la encuesta, debido a lo extenso del instrumento, lo que podía aumentar el rechazo, se priorizó algunas áreas. Una vez traducido y corregido, y previo a la prueba de campo, se realizaron modificaciones del contenido. Sólo se trabajó con dos viñetas con casos clínicos dejando fuera la viñeta de "no caso", así como se retiraron algunas preguntas o sentencias de valoración que no se deseaban evaluar en este estudio.

El cuestionario adaptado consta de cinco secciones. La primera sección cubre información general sobre las características como edad, sexo, educación y la actividad clínica de los encuestados. La segunda sección presenta dos viñetas clínicas en las que los psiquiatras hicieron un diagnóstico preliminar y reportaron su confianza en el diagnóstico. Las viñetas de casos que describen: (i) un individuo con una psicosis paranoide compatible con probable esquizofrenia de nivel socioeconómico bajo; (ii) una mujer con un trastorno depresivo de nivel socioeconómico medio-alto. Para cada viñeta se aplicaban preguntas de opción múltiple acerca de varias circunstancias en las que estarían dispuestos a realizar intervenciones obligatorias, como la hospitalización involuntaria, la medicación o la contención física. Las preguntas también examinaban la influencia de actitudes de los familiares en intervenciones forzosas, violencia del paciente y conducta suicida así como la toma de decisión clínica del psiquiatra.

La tercera sección consiste en un inventario de actitudes basada en 30 declaraciones controversiales sobre la práctica profesional. Se pidió a los encuestados valorar cada sentencia en una escala de Likert de 5 puntos que van desde 'ética' (0) a "poco ético" (5).

En la cuarta sección se preguntó a los encuestados si habían estado alguna vez en contacto con un caso de abuso de la psiquiatría en Chile y de ser así describir su naturaleza.

Finalmente se indaga si los sujetos conocen la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPD) su aplicación y el interés por conocerla.

La encuesta final enviada se adjunta en Anexo 5.

## ***Análisis estadístico***

Se desarrolló una descripción de las variables utilizando medidas de frecuencia, tendencia central y dispersión, tanto en general como para los dos grupos en estudio (COSAM y UCE).

Posteriormente considerando el tamaño de la muestra ( $n = 60$ ) que se divide en dos grupos (30) para realizar las comparaciones principales y luego se vuelven a subdividir quedando en grupos más pequeños, es que se consideró que muy probablemente no se ajustarían a una curva de distribución normal. Investigadores sugieren que si a priori se considera que las distribuciones de las variables no lo hicieran en curvas normales (debido a un  $n$  bajo), proponen adoptar pruebas no paramétricas. Esto según lo demostrado Rochon, Gondan, & Kieser (2012)(72) ya que el seleccionar una prueba paramétrica o no paramétrica (posterior a realizar una prueba de normalidad), no se reduce el poder ni afecta el nivel de significación de la prueba final a utilizar.

En el caso de las variables *numéricas continuas*, se utilizó la prueba no paramétrica U de Mann & Whitney (1947)(75), que se aplica a dos muestras independientes. Es la prueba no paramétrica homóloga a la t de Student.

Para las *variables de ordinales y discretas*, se utilizó la prueba no paramétrica de Brunner & Munzel (2000). Se trata de una adaptación de la prueba U de Mann-Whitney apta para variables ordinales y discretas (73).

Para el cruce de *variables nominales*, se utilizó Chi-cuadrado si cada una de las casillas presentaba más de 5 casos, o la prueba exacta de Fisher en caso contrario.

Para las *diferencias multivariadas* de variables *ordinales discretas*, se utilizó la prueba tipo Anova basada en ranking de Bathke, Harrar, & Madden (2008)(76) (prueba no paramétrica), que es la equivalente a un MANOVA (análisis multivariado de varianza) de las pruebas paramétricas. Para el análisis multivariado con datos *dicotómicos*, se utilizó un modelo de análisis de componentes principales, a fin de reducir el gran número de variables en un número más pequeño de componentes, al agruparlos según cuales tenían la mayor parte de la varianza. En segundo lugar, se aplicó Mann-Whitney sobre los puntajes del grupo que tenía la mayor parte de la varianza compartida en las respuestas.

En el análisis entre los casos (viñetas) 1 y 2, así como otras diferencias entre respuestas del mismo individuo, se utilizó la prueba no paramétrica de Wilcoxon (1945)(74) para datos dependientes en el caso de las variables ordinales y la prueba de Bhapkar (1966) para datos nominales (prueba no paramétrica que reemplaza chi cuadrado).

## **RESULTADOS**

### ***Aspectos generales***

La muestra se compuso de un total de 58,3% psiquiatras varones ver tabla 6.

Tabla 6. Muestra por género y centros. Números y porcentajes.

Centro	Femenino	Masculino	Total
COSAMs			
N	14	16	30
%	(46,6%)	(53,4%)	(100%)
UCEs			
N	11	19	30
%	(36,6%)	(63,4%)	(100%)
Total			
N	25	35	60
%	(41,7%)	(58,3%)	

Sólo el 5% (3 encuestados) estudiaron medicina en un país extranjero.

Más de 2/3 de los psiquiatras habían completado su especialización los últimos 10 años. El tiempo desempeñándose como psiquiatras es cercano a los 8 años (M=8.15,DE=7.72). Ver tabla 7.

Tabla 7. Distribución de psiquiatras por años de práctica desde que completaron la especialización, por centro. Número y porcentaje.

Centro	2005 y anteriores	2006 - 2010	2011 - 2015	Total
COSAMs				
N	7	11	12	30
%	(23,3%)	(36,6%)	(40%)	(100%)
UCEs				
N	11	9	10	30
%	(36,6%)	(30%)	(33,3%)	(100%)
Total				
N	18	20	22	60
%	(30,0%)	(33,3%)	(36,7%)	

La diferencia observada entre ambos grupos respecto del número de años de práctica como psiquiatra, no resultó estadísticamente significativa (W (57.98) = -1.51,  $p = 0.14$ ).

El grupo COSAM en promedio destina 23,4 hrs semanales (54,5% de sus horas) en ese dispositivo en contraste con 0,5 hrs destinadas a desempeñarse en hospitalización. En cambio, el grupo UCE utiliza 15,7 hrs (35,5% de sus horas) semanales para hospitalización y 0.8 hrs en centros comunitarios. Ver tabla 8. Estos

resultados son esperables debido a la configuración de los grupos, que se diseñaron en base a su área laboral de desempeño COSAMs o UCE, por lo que era esperable que los sujetos desempeñaran mayor cantidad de horas en dichos centros según correspondiera.

Tabla 8. Distribución de tiempo según lugares de trabajo de los psiquiatras según grupo COSAM o UCE. Media de horas/semana.

Lugar de trabajo	COSAMs (Media de horas semanales)	UCes (Media horas semanales)	Total (Media horas semanales)
UCE	0,5	15,7	16,2
Policlínicos adosados a hospital	2,2	12,6	14,8
Hospital diurno	3,2	0,5	3,7
COSAM	23,4	0,8	24,2
Práctica privada	10,3	9,4	19,7
Otros	3,3	5,2	8,5
Total	42,9	44,2	--

Las diferencias observadas en el porcentaje de horas destinadas a diferentes roles laborales (tabla 9), sólo son significativas para la docencia, en que los psiquiatras que se desempeñan en el área de hospitalización tienen más horas desinadas a esta actividad ( $U=251,0$ ,  $p$  ajustada  $<0,0071$ ) por sobre los de desempeño en COSAM.

Tabla 9. Distribución de tiempo de los roles laborales de los psiquiatras según grupo COSAM o UCE. Media del % de horas semanales.

Rol laboral	COSAMs (Media del % de horas)	UCes (Media del % de horas)
Administrativo	15,6	13,5
Clínico	78,8	66,7
Docencia	2,8	15,6
Investigación	1,5	3,4
Otros	1,3	0,8
Total	100	100

La orientaciones principales en la práctica clínica son la ecléctica y la social, en el total de 61,6% de las respuestas. La orientación ecléctica es la predominante. En el análisis por grupos (COSAM y UCE) se observa que la mayoría de los psiquiatras que trabajan en el hospital (UCE) tiene una orientación biológica, en tanto que los de COSAM, la psiquiatría social o comunitaria (ver tabla 10). Además, se destaca que en el hospital (UCE), el enfoque ecléctico y social representa el 46,6%, mientras que en COSAM, es 76,6%. Estas diferencias usando la prueba exacta de Fisher, son estadísticamente significativas ( $p < 0.001$ ).

Tabla 10. Distribución de psiquiatras según el tipo de orientación clínica principal para cada grupo (COSAM y UCE). Números y porcentaje.

Orientación clínica	COSAMs N %	UCes N %	TOTAL N %
Eclectica N %	11 (36,6%)	7 (23,3%)	18 (30,0%)
Psiquiatría social o comunitaria N %	12 (40,0%)	7 (23,3%)	19 (31,6%)
Biológica N %	3 (10,0%)	12 (40,0%)	15 (25,0%)
Psicoterapéutica N %	3 (10,0%)	1 (3,3%)	4 (6,6%)
Sin orientación específica N %	1 (3,3%)	3 (10,0%)	6 (6,6%)
Total N %	30 (100%)	30 (100%)	60 (100%)

Con respecto al tiempo utilizado en el tratamiento de diferentes tipos de pacientes, ningún psiquiatra evalúa niños, lo que es esperable por el tipo de muestra seleccionada. En promedio 76,3% del tiempo está destinado a trabajar con los adultos, 11,4% con usuarios de más de 65 años y 8,3% con adolescentes. El examen por medio de ANOVA no revela diferencias estadísticamente significativas ( $F(2.8,162.11) = 0.83$ ,  $p = 0.47$ ).

En general el 75% de los psiquiatras trabaja con adultos mayores y el 61,6% con los adolescentes. En cuanto al grado de satisfacción con el trabajo, el 80% están muy satisfechos.

En relación con las apreciaciones de la calidad de la atención para las personas con enfermedad mental, tanto en el sistema público como privado, no existen diferencias estadísticas entre COSAMs y UCE (Brunner & Munzel,  $p=0,9$  en la atención pública y  $p=0,18$  en la atención privada). Al analizar esta diferencia percibida en toda la muestra, entre la calidad del sistema público (mediana=3) y privado (Mediana=2), usando la prueba de Wilcoxon la diferencia no es estadísticamente significativa, ( $V = 541$ ,  $p = 0.06$ ). Si bien es no significativo, el valor de  $p$  sugiere que sigue siendo alta su

probabilidad de no deberse al azar. Esto sugiere que existe la necesidad de realizar nuevas evaluaciones para reevaluar este hallazgo.

El 63,6% de los entrevistados desarrollaron internaciones no voluntarias durante el último año (tabla 11). Estos datos no incluyen los psiquiatras que por el tipo de trabajo, no realice las hospitalizaciones, 4 en COSAMs y 1 en UCE. Utilizando la prueba exacta de Fisher no mostró diferencia significativa,  $p = 0,28$  entre ambos grupos (57,6% y 68,9% COSAMs UCE).

Tabla 11. Psiquiatras que indicaron internaciones involuntarias durante los últimos 12 meses, según centro.

	COSAMs N %	UCes N %	Total N %
Sí N %	15 (57,6%)	20 (68,9%)	35 (63,6%)
No N %	11 (42,3%)	9 (31,0%)	20 (36,3%)
Total N %	26 (100%)	29 (100%)	55 (100%)

Con respecto a la totalidad de las propuestas éticamente controversiales consignadas en tabla 12 y 13, se puede observar que en promedio ambos grupos consideran que la mayoría son poco éticas, excepto: contener físicamente a alguien fuera de control, indicar neurolépticos en un usuario con psicosis crónica que rechaza el tratamiento (tabla 12), y dejar de indicar tratamiento farmacológico para clarificar el diagnóstico (tabla 13). Se evaluó estas diferencias entre ambos grupos, mediante prueba tipo ANOVA, observando que en todas las propuestas no es estadísticamente significativa,  $F(7.55,437.97) = 0.52$ ,  $p = 0.83$ .

Si bien existe una diferencia significativa entre ambos grupos en las orientaciones clínicas reportadas previamente, las opiniones respecto de situaciones controversiales no reflejan una práctica con un diferente enfoque. Esto es particularmente relevante considerando que los temas aceptados como “más éticos” son situaciones que claramente trasgreden los derechos humanos de los enfermos.



Tabla 12. Valoración de las propuestas clínicas controversiales según grupo COSAM y UCE para cada propuesta. Número y porcentajes.

Propuestas a evaluar	COSAMs			UCEs			Total		
	N %			N %			N %		
	Ético	Sin opinión definitiva	No ético	Ético	Sin opinión definitiva	No ético	Ético	Sin opinión definitiva	No ético
Notificar a la familia sin permiso del paciente	5 8,3%	10 16,6%	15 25,0%	3 5,0%	8 13,3%	19 31,7%	8 13,3%	18 30,0%	34 56,7%
Contención física a alguien fuera de control	25 41,7%	5 8,3%	0 0,0%	22 36,7%	6 10,0%	2 3,3%	47 78,3%	11 18,3%	2 3,3%
Sugerir esterilizar en psicosis	0 0,0%	6 10,0%	24 40,0%	8 13,3%	3 5,0%	19 31,7%	8 13,3%	9 15,0%	43 71,7%
Neuroléptico en psicosis crónica que rechaza tratamiento	15 25,0%	6 10,0%	9 15,0%	12 20,0%	12 20,0%	6 10,0%	27 45,0%	18 30,0%	15 25,0%
Dar TEC a quien se puede beneficiar	9 15,0%	5 8,3%	16 26,7%	9 15,0%	8 13,3%	13 21,7%	18 30,0%	13 21,7%	29 48,3%
Contención física a alguien un poco disruptivo	0 0,0%	1 1,7%	29 48,3%	1 1,7%	2 3,4%	27 45,0%	1 1,7%	3 5,0%	56 93,3%
Hospitalizar contra voluntad, sin peligro para sí o terceros	0 0,0%	0 0,0%	30 50,0%	0 0,0%	0 0,0%	30 50,0%	0 0,0%	0 0,0%	60 100%

Tabla 13. Valoración de las propuestas clínicas controversiales según grupo COSAM y UCE para cada propuesta. Número y porcentajes.

Propuestas a evaluar	COSAMs			UCEs			Total		
	N	%		N	%		N	%	
	Ético	Sin opinión definitiva	No ético	Ético	Sin opinión definitiva	No ético	Ético	Sin opinión definitiva	No ético
No informar efectos adversos de fármacos	0 0,0%	1 1,7%	29 48,3%	0 0,0%	0 0,0%	30 50,0%	0 0,0%	1 1,7%	59 98,3%
Sugerir abortar	0 0,0%	1 1,7%	29 48,3%	0 0,0%	0 0,0%	30 50,0%	0 0,0%	1 1,7%	59 98,3%
Sexo con un paciente que consiente	1 1,7%	1 1,7%	28 46,7%	0 0,0%	0 0,0%	30 50,0%	1 1,7%	1 1,7%	58 96,7%
Hospitalizar por presión familiar	0 0,0%	4 6,7%	26 43,3%	0 0,0%	2 3,3%	28 46,7%	0 0,0%	6 10,0%	54 90,0%
Sexo con un ex paciente	3 5,0%	2 3,3%	25 41,7%	1 1,7%	1 1,7%	28 46,7%	4 6,7%	3 5,0%	53 88,3%
Dar diagnóstico al empleador	0 0,0%	0 0,0%	30 50,0%	0 0,0%	0 0,0%	30 50,0%	0 0,0%	0 0,0%	60 100%
Sin anti psicóticos para clarificar diagnóstico	10 16,7%	11 18,3%	9 15,0%	13 21,7%	5 8,3%	12 20,0%	23 38,3%	16 26,7%	21 35,0%
Sin anti psicóticos por docencia	0 0,0%	0 0,0%	30 50,0%	1 1,7%	0 0,0%	29 48,3%	1 1,7%	0 0,0%	59 98,3%

En el grado de aceptación de distintos procedimientos (tabla 14) hay menor aceptabilidad de la lobotomía frontal, la hipnosis y la estimulación profunda. Si comparamos la valoración ética de estas tres técnicas con: la aceptación del TEC, neurolépticos y psicoterapia, usando la prueba de Wilcoxon, la diferencia es estadísticamente significativa, ( $V = 1770$ ,  $p < 0.001$ ). Estos resultados indican que se valoran como significativamente más éticas la terapia electro convulsiva, neurolépticos y psicoterapia por sobre la lobotomía, hipnosis y estimulación profunda.

Tabla 14. Valoración de la aceptabilidad de procedimientos terapéuticos. (1: Aceptable, 2: Aceptable sólo en situaciones específicas, 3: Inaceptable).

Medios terapéuticos	COSAMs				UCEs				Total			
	N %				N %				N %			
	Aceptable	Sólo en situaciones específicas	Inaceptable	Total COSAM	Aceptable	Aceptable Sólo en situaciones específicas	Inaceptable	Total UCE	Aceptable	Sólo en situaciones específicas	Inaceptable	Total
TEC	8 13,3%	22 36,7%	0 0,0%	30 100%	14 23,3%	15 25,0%	1 1,7%	30 100%	22 36,7%	37 61,7%	1 1,7%	60 100%
Neuro-lépticos	22 36,7%	8 13,3%	0 0,0%	30 100%	25 41,7%	5 8,3%	0 0,0%	30 100%	47 78,3%	13 21,7%	0 0,0%	60 100%
Psico-terapia	28 46,7%	2 3,4%	0 0,0%	30 100%	28 46,7%	2 3,34%	0 0,0%	30 100%	56 93,3%	4 6,7%	0 0,0%	60 100%
Lobotomía frontal	0 0,0%	6 10,0%	24 40,0%	30 100%	0 0,0%	10 16,6%	20 33,3%	30 100%	0 0,0%	16 26,7%	44 73,3%	60 100%
Estimulación profunda del cerebro	7 11,7%	16 26,7%	7 11,7%	30 100%	3 5,0%	21 35,0%	6 10,0%	30 100%	10 16,6%	37 61,7%	13 21,7%	60 100%
Hipno-terapia	4 6,7%	19 31,7%	7 11,7%	30 100%	3 5,0%	16 26,7%	11 18,3%	30 100%	7 11,7%	35 58,3%	18 30,0%	60 100%
Total	69 38,3%	73 40,5%	38 21,1%	180 100%	73 40,5%	69 38,3%	38 21,1%	180 100%	142 39,4%	142 39,4%	76 21,1%	360 100%

El abuso económico en psiquiatría fue reportado en un 51,6%, el más frecuente de los problemas observados en cuanto a abuso . Este hallazgo puede estar relacionado con una realidad nacional, donde muchas prestaciones clínicas no están solventados por los seguros de salud, produciendo una alta carga económica. En el segundo lugar en frecuencia es el comportamiento sexual inapropiado de los profesionales de la salud, donde el 41,6% del total de los encuestados ha tenido conocimiento de situaciones de este tipo. Por último, el tercer lugar describen haber estado en contacto con personas que sufrieron situaciones de abuso político, con 31,6%. Este último puede explicarse por los servicios clínicos desarrollados por los psiquiatras para las víctimas de la represión política de la dictadura militar y sus familiares que siguen requiriendo atención hasta el día de hoy.

Del total de los encuestados sólo el 38,3% (n=23) conocen la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD). De ellos el 78,2% (n=18) consideran que se aplica en Chile y posee valor legal, y todos aseguran que tiene

implicaciones clínicas y el 21, 7% afirma que debe ser respetado solamente por profesionales médicos. De los que no conocen la CDPD (n=37), el 94, 5% (n=35) le gustaría saber más sobre él. Ver tabla 15. No existió diferencia estadísticamente significativas entre los grupos COSAM y UCE(  $X^2(1) = 0.28, p = 0.6$ ).

Tabla 15. Conocimiento de la Convención sobre los Derechos de las Personas con discapacidad (CDPD). Números y porcentajes.

	Conoce la CDPD N %	No conoce la CDPD N %	Total N %
COSAMs N %	10 (33,3%)	20 (66,6%)	30 (100%)
UCes N %	13 (43,3%)	17 (56,6%)	30 (100%)
Total N %	23 (38,3%)	37 (61,6%)	60 (100%)

## Viñeta 1

*Un hombre adulto de mediana edad, nivel socioeconómico bajo, con síntomas psicóticos o probable esquizofrenia, con comportamiento inapropiado o violento.*

El *diagnóstico* más frecuente fue la esquizofrenia o psicosis en el 98%, en el total de la muestra.

El nivel de certeza diagnóstica fue 68,3% muy seguro y 30% algo seguro. Sin diferencias significativas entre los dos grupos en estudio respecto de la confiabilidad diagnóstica ( $W(57.86) = 0.18, p = 0.86$ ).

Más de 3/4 de los encuestados opinó que sí debería *informar al paciente* sobre su diagnóstico (tabla 16). La diferencia observada entre ambos grupos, (usando la prueba exacta de Fisher el resultado no es estadísticamente significativo,  $p = 0.21$ ).

Tabla 16. Decisión de informar al paciente y/o familia el diagnóstico de esquizofrenia o psicosis, según grupo COSAM y UCE. Número y porcentajes.

Tipo de decisión	COSAMs N %	UCes N %	Total N %
No, solo se debe informar a la familia N %	9 (30%)	4 (13,3%)	13 (21,7%)
Sí se le debería informar N %	21 (70%)	26 (86,7%)	47 (78,3%)
No se debe informar a familia ni al paciente N %	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Total N %	30 (100,0%)	30 (100,0%)	60 (100,0%)

Si se estimaba que el *paciente no cumpliría la terapia al comunicarle el diagnóstico*, más de dos tercios aun se lo comunicaría (68,3%, n=41) (63% en COSAMs y 73,3% en UCE). Esta diferencia no es estadísticamente significativa,  $X^2(1) = 0.31, p = 0.58$ .

Respecto del momento de informar a este paciente sobre los *efectos adversos de los medicamentos*, el 71,7% lo haría antes de iniciar el tratamiento, el 28,3% cuando se muestran los avances en el tratamiento. Ningún encuestado reporta informar después de iniciado el tratamiento o no hacerlo. La diferencia observada entre los grupos no es estadísticamente significativa,  $X^2(1) = 1.31, p = 0.25$ .

El *tratamiento recomendado para este paciente* fue internación en hospital general (76%, n=46), hospitalización diurna (20%, n=12) y controles en policlínico adosado a hospital local o en COSAM (3,3% N = 2). La diferencia entre grupos de estudio, usando la prueba exacta de Fisher no es estadísticamente significativa,  $p = 0.15$ .

La *hospitalización involuntaria* (tabla 17) para este paciente la indicarían más de la mitad de los encuestados, pero frente a una conducta violenta lo realizaría la gran mayoría (95%). De las tres situaciones propuestas a las que luego se agregó exigencia de la familia para internación, en todas disminuyó la recomendación de hospitalizar. Al comparar ambos grupos no hay significancia estadística (análisis multivariado con U de Mann-Whitney sobre el análisis de componentes principales,  $W = 399.5$ ,  $p = 0.44$ ).

Tabla 17. Indicación de hospitalización involuntaria para paciente con psicosis, según situación clínica para grupos COSAM y UCE. Números y porcentajes.

Situaciones para indicar hospitalización involuntaria	COSAMs N %		UCEs N %		Total N %
	Sí	No	Sí	No	
Situación como el paciente de la viñeta 1	12 20,0%	18 30,0%	21 35,0%	9 15,0%	60 100%
El mismo caso y la familia exige la hospitalización	13 21,6%	17 28,3%	15 25,0%	15 25,0%	60 100%
Amenaza a la familia	22 36,6%	8 13,3%	26 43,3%	4 6,6%	60 100%
Amenaza a la familia y exigen la hospitalización	21 35,5%	9 15,0%	20 33,3%	10 16,6%	60 100%
Conducta violenta	29 48,3%	1 1,6%	28 46,6%	2 3,3%	60 100%
Conducta violenta y la familia exige la hospitalización	25 41,6%	5 8,3%	21 35,0%	9 15,0%	60 100%

En este mismo paciente pero en hospitalización involuntaria y rechazando tratamiento psicofarmacológico, los psiquiatras *indicaron fármacos* frente a conducta violenta(96,6%)(Tabla 18). Nuevamente si hay presión de externos como enfermería, aun existiendo violencia, la indicación se reduce sustancialmente (61,6%). El 78,3% indica fármacos igualmente si cursa con delirios y alucinaciones pero si lo exige enfermería se reduce a 54,9%. Al comparar ambos grupos no existe significancia estadística (Análisis multivariado con U de Mann-Whitney sobre el análisis de componentes principales,  $W = 483.5$ ,  $p = 0.62$ ).

Tabla 18. Indicación de medicación involuntaria en régimen de internación forzosa, para paciente con psicosis, según la situación clínica por los grupos COSAM y UCE. Números y porcentajes.

Situación clínica	COSAMs		UCes		Total
	N %	N %	N %	N %	N %
Conducta violenta	29 48,3%	1 1,7%	29 48,3%	1 1,7%	60 100%
Conducta violenta y enfermería exige medicar	19 31,6%	11 18,3%	18 30,0%	12 20,0%	60 100%
Amenaza verbal sin violencia	16 26,7%	14 23,3%	19 31,7%	11 18,3%	60 100%
Alucinaciones y delirios, sin violencia ni amenaza	22 36,6%	8 13,3%	25 41,7%	5 8,3%	60 100%
Alucinaciones y delirios, sin violencia ni amenaza y enfermería exige medicar	17 28,3%	13 21,6%	16 26,6%	14 23,3%	60 100%
Asintomático y enfermería exige medicar	3 5,0%	27 45%	3 5,0%	27 45,0%	60 100%

Si el paciente es hospitalizado y *se niega a que lo comuniquen a su esposa*, eligieron contactarla tan pronto se internó 71,6% ( $n=43$ ), si ella llama 66,6% ( $n=40$ ) y si se necesita colaboración para el tratamiento y alta el 85% ( $n=51$ ). Al comparar grupos COSAM y UCE, no existe significancia estadística ( $W = 405.5$ ,  $p = 0.46$ ).

Si este paciente enfrenta un *episodio de la agitación psicótica* en el hospital (Tabla 19), los psiquiatras indicarían 90% fármacos SOS, 65% contención física y 53,4% aislamiento. Dentro de otras acciones el 26.6% (n=16) indican contención verbal, emocional o ambiental. No se observa diferencia estadística significativa entre los dos grupos (Análisis multivariado con U de Mann-Whitney sobre el análisis de componentes principales,  $W = 443$ ,  $p = 0.92$ ).

Tabla 19. Conducta clínica después de un episodio de agitación psicótica durante la hospitalización, según grupos COSAM y UCE. Números y porcentajes.

Conducta clínica	COSAM N %		UCE N %		Total N %
	Sí	No	Sí	No	
Aislamiento	16 26,7%	14 23,3%	16 26,7%	14 23,3%	60 100%
Fármacos SOS	28 46,7%	2 3,3%	26 43,3%	4 6,7%	60 100%
Contención física	20 33,3%	10 16,7%	19 31,7%	11 18,3%	60 100%
Otra: verbal, emocional, ambiental	12 20,0%	18 30,0%	8 13,3%	22 36,7%	60 100%

## Viñeta 2

*Mujer de mediana edad, nivel socioeconómico medio-alto, que presenta un trastorno del ánimo compatible con un episodio depresivo.*

Propusieron como *diagnóstico* 75% depresión, trastorno bipolar 10%, trastorno de adaptación 3,3%, trastorno delirante 3,3% y el porcentaje restante (8,4%) incluye: trastorno de ansiedad, trastorno afectivo y trastorno de personalidad.

La *confiabilidad con el diagnóstico* propuesto fue descrito como seguro en el 38,3%, algo seguro en el 46,6%, un poco seguro en el 6% y no está seguro en el 3,3%. No se evidenció diferencias estadísticamente significativas entre los grupos COSAM y UCE ( $W(57.36) = 0.68$ ,  $p = 0.5$ ).

Con respecto a la manera de informar al paciente sobre el *diagnóstico*, el 100% de los psiquiatras decidió informar a la paciente.

Si se estimaba que el *paciente no cumpliría la terapia al comunicarle el diagnóstico*, el 96,7% (n=58) elige informar.



En cuanto al momento de informar a los pacientes sobre los *efectos adversos de los medicamentos*, el 96,7% (n=58) lo haría antes de comenzar el tratamiento, 3,3% (n=2) cuando se muestran los avances en el tratamiento y ningún encuestado eligió informar después de iniciado el tratamiento o no informar en absoluto.

En el *tratamiento recomendado* para este paciente fue continuar con los controles ambulatorios en policlínico adosado o en COSAM local en 80% (n=48), hospitalización diurna 8,3% (n=5), hospitalización domiciliaria en salud mental 8,3% (n=5) y hospitalización psiquiátrica 3,3% (n=2). Las diferencias entre los dos grupos de estudio, usando la prueba exacta de Fisher no fue estadísticamente significativa,  $p = 0.047$ .

Al analizar las situaciones que indicarían la *hospitalización involuntaria* (Tabla 20), en este caso, el pensamiento suicida y que la usuaria no asegure dañarse o el intento consumado motiva internaciones no voluntarias. Aun cuando la familia solicita hospitalizar a una paciente sin ideas suicidas, los psiquiatras mantienen la indicación de no hospitalizar. No se observa diferencia estadística significativa entre los dos grupos (Análisis multivariado con U de Mann-Whitney sobre el análisis de componentes principales,  $W = 402.5$ ,  $p = 0.46$ ).

Tabla 20. Indicación de hospitalización involuntaria para la paciente con depresión, según situación clínica y los grupos COSAM y UCE. Números y porcentajes.

Situaciones para indicar hospitalización involuntaria	COSAMs N %		UCes N %		Total N %
	Sí	No	Sí	No	
Situación como el paciente de la viñeta 2	1 1,6%	29 48,4%	0 0,0%	30 100%	60 100,0%
El mismo caso y la familia exige la hospitalización	1 1,6%	29 48,4%	0 0,0%	30 100%	60 100,0%
Pensamiento suicida, promete no dañarse y familia exige hospitalización	7 11,7%	23 38,3%	8 13,3%	22 36,7%	60 100,0%
Pensamiento suicida, no asegura evitar dañarse	27 45,0%	3 5,0%	22 36,7%	8 13,3%	60 100,0%
Pensamiento suicida, no asegura evitar dañarse, familia exige hospitalizar	25 41,6%	5 8,3%	19 31,8%	11 18,3%	60 100,0%
Intento suicida moderado a severo	30 50%	0 0,0%	27 45,0%	3 5,0%	60 100,0%

Respecto de la indicación de la terapia electro convulsiva (TEC), se destaca que el 75% de los encuestados le indicará la TEC (tabla 21) en el caso de los repetidos intentos de suicidio. Cuando el equipo de enfermería solicita la aplicación de esta terapia, la indicación es sistemáticamente menor que cuando no lo es. No se observa diferencia estadística significativa entre los dos grupos (Análisis multivariado con U de Mann-Whitney sobre el análisis de componentes principales,  $W = 422.5$ ,  $p = 0.69$ ).

Tabla 21. Indicación de terapia electro convulsiva (TEC), según situación clínica y grupos COSAM y UCE. Números y porcentajes.

Situaciones para indicar TEC	COSAMs		UCEs		Total N %
	Sí	No	Sí	No	
Como el paciente de la viñeta 2	3 5,0%	27 45,0%	5 8,3%	25 41,7%	60 100,0%
Paciente de la viñeta 2 y enfermería solicita TEC	2 3,3%	28 46,6%	2 3,3%	28 46,6%	60 100,0%
Pensamientos suicidas continuos	13 21,7%	17 28,3%	18 30,0%	12 20,0%	60 100,0%
Pensamientos suicidas continuos y enfermería solicita TEC	6 10,0%	24 40,0%	10 16,6%	20 33,3%	60 100,0%
Intentos suicidas repetidos en el hospital	24 40,0%)	6 10,0%	21 35,0%	9 15,0%	60 100,0%
Intentos suicidas repetidos en el hospital y enfermería solicita TEC	17 28,3%	13 21,6%	14 23,3%	16 26,6%	60 100,0%

En el momento de *informar al marido sobre la hospitalización*, aun cuando la paciente no desea hacerlo, los psiquiatras eligieron informar de todos modos: si el cónyuge llama 53,3% ( $n=32$ ), justo después de que el paciente es hospitalizado 48,3% ( $n=29$ ) y si se necesita el cónyuge para el tratamiento y hospitalización 73, 3% ( $n=44$ ). No se observa diferencia estadística significativa entre los dos grupos (Análisis multivariado con U de Mann-Whitney sobre el análisis de componentes principales,  $W = 441.5$ ,  $p = 0.9$ ).

En cuanto al comportamiento a seguir después de un episodio de agresión a personal de enfermería, el 81,6% indicaría fármacos SOS, el 51,6% aislamiento, contención física el 25%, y 3,3% informaría a las autoridades legales (policía) y 0% se sentaría el paciente junto a una enfermera. No hay diferencias estadísticas entre las indicaciones de ambos grupos (Análisis multivariado con U de Mann-Whitney sobre el análisis de componentes principales,  $W = 442.5$ ,  $p = 0.92$ )

## ***Análisis según respuestas éticas***

Se realizó un análisis de regresión sobre las respuestas que podían ser catalogadas de éticas, retirando aquellas que el 100% respondió con igual frecuencia. Se generó la escala de puntajes desde las más éticas a las menos éticas, demostrando una fiabilidad de la escala de medida, con alfa de Cronbach de 0,71, aceptable para este tipo de estudios. En base a esto se realizó un análisis de regresión de cinco variables sobre este puntaje de comportamiento ético: UCE o COSAM, género del psiquiatra, quienes realizan hospitalizaciones involuntarias, quienes indican contención física y años de práctica como psiquiatra.

Los resultados muestran significación estadística, lo que indica que las variables sí ayudan a predecir el nivel de comportamiento ético. Específicamente, el coeficiente de determinación es  $R^2 = .22$ , lo que indica que un 22% de la varianza es explicada por las cinco características analizadas. Sólo la variable años de práctica como psiquiatra es aquella que si se elimina daña la capacidad predictiva, por lo tanto es la más relevante. Si se ocupa un procedimiento para reducir la cantidad de variables, se obtiene que persisten solamente: el estar en UCE o COSAM, el realizar hospitalizaciones involuntarias y los años de trabajo, como factores relevantes para predecir conducta ética. Quienes daban respuestas menos éticamente aceptables fueron los psiquiatras que internaban forzosamente y los de más de 10 años de desempeño laboral. Por contraparte los de UCE dieron respuestas más éticamente aceptables. Luego al realizar técnica de re muestreo se evidencia que la reproducibilidad de los datos no supera el 51,3% lo que sugiere que la importancia para predecir conducta ética podría variar en otros estudios. Es probable que con un número mayor de casos esto pueda clarificarse mucho más.

## ***Análisis por género del psiquiatra***

Al buscar significación estadística según el género del psiquiatra, sólo se encontró en una de ellas.

Para el paciente con psicosis (viñeta 1), que al ser hospitalizado y no desea que se lo comuniquen a su esposa, son los psiquiatras varones quienes significativamente más lo informan: apenas ingresa (82,9%), si esposa llama (82,9%) y si se necesita para el tratamiento (88,6%). Las psiquiatras indicarían las mismas acciones en 56,0%, 44,0% y 80,0% respectivamente. Estas diferencias son estadísticamente significativas (Análisis multivariado con U de Mann-Whitney sobre el análisis de componentes principales,  $W = 263$ ,  $p = 0.003$ ).

En otras investigaciones (93) los psiquiatras varones realizan más internaciones no voluntarias. Los datos generales evidencian que en ambos pacientes,

los psiquiatras varones hospitalizan tanto como las mujeres ya que no se obtuvo significancia estadística ( $W = 508.5, p = 0.26$  y  $W = 380, p = 0.37$ ). Ver tablas 22 y 23.

Tabla 22. Indicación de internación involuntaria para el paciente de la viñeta 1, por género del psiquiatra. Número y porcentajes del total de mujeres y varones.

Situaciones para indicar hospitalización involuntaria	Femenino	Masculino
	N %	N %
Situación como el paciente de la viñeta 1	25=100%	35=100%
El mismo caso y la familia exige la hospitalización	15 ( 60%)	18 ( 51.4%)
Amenaza a la familia	10 ( 40%)	18 ( 51.4%)
Amenaza a la familia y exigen la hospitalización	21 ( 84%)	27 ( 77.1%)
Conducta violenta	14 ( 56%)	27 ( 77.1%)
Conducta violenta y la familia exige la hospitalización	24 ( 96%)	33 ( 94.3%)
	16 ( 64%)	30 ( 85.7%)

Tabla 23. Indicación de internación involuntaria para el paciente de la viñeta 2, por género del psiquiatra. Número y porcentajes del total de mujeres y varones.

Situaciones para indicar hospitalización involuntaria	Femenino	Masculino
	N %	N %
Situación como el paciente de la viñeta 2	25=100%	35=100%
El mismo caso y la familia exige la hospitalización	1 ( 4%)	0 ( 0%)
Pensamiento suicida, promete no dañarse y familia exige hospitalización	1 ( 4%)	0 ( 0%)
Pensamiento suicida, no asegura evitar dañarse	4 ( 16%)	11 ( 31.4%)
Pensamiento suicida, , no asegura evitar dañarse, familia exige hospitalizar	22 ( 88%)	27 ( 77.1%)
Intento suicida moderado a severo	17 ( 68%)	27 ( 77.1%)
	24 ( 96%)	33 ( 94.3%)

### ***Análisis por años de práctica de los psiquiatras***

El 16,7% los psiquiatras con más de 10 años no indican internaciones involuntarias durante el último año, mientras que los jóvenes con menos de 10 años de especialista un 40,5%. Esta diferencia usando la prueba exacta de Fisher el resultado es estadísticamente significativa, ( $p = 0.014$ ).

Entre los psiquiatras con más de 10 años de práctica profesional el 88,9% informa sobre su diagnóstico al paciente con psicosis (viñeta 1). Los psiquiatras con

menos de 10 años lo hacen en un 59,5%. Esta diferencia usando la prueba exacta de Fisher es estadísticamente significativa, ( $p = 0.034$ ). La misma situación en la paciente con depresión (viñeta 2) muestra 94,4% y 97,6% respectivamente, sin observar diferencias significativas ( $p = 0.51$ ). Esto indica que los psiquiatras más jóvenes tienden a no comunicar el diagnóstico a pacientes con psicosis.

### ***Análisis respecto quienes hacen hospitalizaciones involuntarias***

Respecto a quienes afirman realizar internaciones forzosas, valoran la calidad del cuidado de salud mental público como “bueno “ y quienes no lo realizan evalúan como “muy bueno”. Esta diferencia es significativa ( $W(47.98) = 2.12, p = 0.039$ ).

Para el paciente con psicosis (viñeta 1), el lugar donde debería realizar su tratamiento según quienes realizan hospitalizaciones forzosas es: en hospitalización cerrada 85,7% y 8,6% en hospital diurno. Quienes no realizan internaciones forzosas indicaron tratamiento 64% en hospitalización y 36,0% hospitalización diurna. Esta diferencia es estadísticamente significativa, usando la prueba exacta de Fisher el resultado,  $p = 0.015$ .

La paciente con depresión solicitaba que una vez hospitalizada no se le comunicara esto a su esposo (viñeta 2). Los psiquiatras que realizan internaciones administrativas llaman al marido inmediatamente ingresada (60,0%), informan si el esposo llama (62,9), y si se necesita para tratamiento (82,9%). Quienes no realizan internaciones forzosas, indicarían las mismas acciones en 32,0%, 40,0% y 60,0% respectivamente. Estas diferencias son significativas estadísticamente (Análisis multivariado de Mann-Whitney sobre el análisis de componentes principales,  $W = 290, p = 0.02$ ).

En catorce de las dieciséis frases controversiales, los psiquiatras que no indican internaciones administrativas, valoran como menos éticas, comparado con quienes sí internan forzosamente. Estas propuestas son: notificar sin permiso a la familia, contener físicamente a alguien fuera de control o que esté un poco disruptivo, sugerir esterilización a pacientes con psicosis, neurolépticos inyectables en pacientes que rechazan fármacos, dar TEC involuntario, hospitalizar involuntariamente a alguien que no es un peligro, recomendar aborto en mujeres psicóticas embarazadas, tener sexo consentido con un paciente, hospitalizar involuntariamente por presión familiar, sexo con ex paciente, dejar sin fármacos para clarificar diagnóstico o con fin docente de alumnos. Usando la prueba tipo ANOVA, se puede observar que es estadísticamente significativa, ( $F(7.87,442.66) = 2.4, p = 0.016$ ).

Los psiquiatras que desarrollan internaciones forzosas consideran más aceptables la totalidad de los procedimientos terapéuticos propuestos: TEC, neurolépticos, psicoterapia, lobotomía frontal, estimulación profunda cerebral e hipnosis. Usando la prueba tipo ANOVA, se puede observar que la diferencia entre grupos es estadísticamente significativa, ( $F(3.97,223.64) = 2.48, p = 0.045$ ). Los que no indican hospitalizaciones forzosas consideran más aceptables TEC, psicoterapia y neurolépticos.

Con respecto a la orientación social y comunitaria versus la realización de hospitalizaciones involuntarias, las diferencias observadas no son estadísticamente significativas,  $X^2 = 0.79$ ,  $p = 0.37$ . Para quienes se describían con orientación biológica se obtuvo resultados similares  $X^2 = 0.21$ ,  $p = 0.65$ .

### ***Análisis entre paciente con psicosis y con depresión***

Respecto a la *confianza en el diagnóstico* se observa que en el paciente con psicosis (viñeta 1) era “muy seguro” mientras que para el caso de depresión (viñeta 2) era “algo seguro”. Esta diferencia era significativa (Wilcoxon  $p < 0,01$ ).

Mientras en el paciente con psicosis el 78,3% *comunicaría el diagnóstico*, en el segundo caso con depresión el 100%. Respecto a qué hacer si se cree que al ser *informado del diagnóstico no cumplirá terapia*, en el primer caso el 68,3% de los psiquiatras creen que se le debe informar. En el segundo caso, esta cifra sube a 96,6%. Esta diferencia es estadísticamente significativa, ( $X^2 = 20.38$ ,  $p < 0.001$ ).

El 71,6% de los psiquiatras afirman que debe *informar los efectos secundarios de los fármacos* antes del tratamiento para el primer caso y 96,6% para el paciente con depresión. Esta diferencia es estadísticamente significativa ( $X^2 = 20$ ,  $p < 0.001$ ).

Con respecto al tipo de intervención propuesta, en el primer paciente el 76,6% de los psiquiatras recomiendan la hospitalización y 80,0% recomienda controles ambulatorios para la paciente con depresión. Esta diferencia es estadísticamente significativa ( $X^2 = 101.72$ ,  $p < 0.001$ ).

Encontrándose el paciente hospitalizado y solicitando no comunicarlo a su pareja, tenemos que:

- informan al hospitalizar: en el primer paciente 71,6% de los psiquiatras está de acuerdo, 51,6% en el segundo. Esta diferencia es estadísticamente significativa, ( $X^2 = 15.39$ ,  $p < 0.001$ )
- informa si llama el esposo(a): En el primero el 66,6% de los psiquiatras está de acuerdo, y 46,6% en el segundo. Esta diferencia es estadísticamente significativa, ( $X^2 = 9.23$ ,  $p = 0.002$ ).
- informan si requieren colaboración: 85% de los psiquiatras en el primer caso están de acuerdo, y 73,3% en el segundo. Esta diferencia es estadísticamente significativa, ( $X^2 = 5.99$ ,  $p = 0.014$ ).

## **DISCUSIÓN**

Los grupos COSAM y UCE demostraron ser muy similares en las apreciaciones clínicas propuestas. Sólo se logró diferencias significativas en la orientación de los psiquiatras: biológica en los UCE (40%) y comunitaria en los COSAM (40%). Además las horas destinadas a docencia son 5,5 veces más en el grupo UCE que COSAM. En general no hubo diferencia entre grupos para evaluación de: internaciones forzadas, propuestas controversiales, contención física, farmacoterapia involuntaria, informar diagnóstico y tratamiento. Al paciente con psicosis (viñeta 1) se le comunica menos su diagnóstico, se hospitaliza involuntariamente más y se informa más a la conyugue pese a no desearlo. Quienes realizan hospitalizaciones involuntarias: indican más la hospitalización y 8,5 veces menos derivaciones a hospitalización diurna. Los que no hacen internaciones forzadas, en 14 de 16 situaciones éticamente controversiales las catalogan como menos éticas que quienes sí internan involuntariamente. Los psiquiatras con menos de 10 años de práctica clínica entregan menos su diagnóstico al paciente con psicosis, mientras que la paciente con depresión todos lo informan. En el análisis regresivo se estimó que dan respuestas menos éticas los psiquiatras de más de 10 años y quienes hospitalizan involuntariamente, y más éticas los UCE. Ambos grupos conocían la CDPD en el 38,3% de los encuestados pero el 94,5% desearía conocerla.

La muestra presenta ciertos sesgos propios del estudio, los cuales se deben tener presentes. En primer lugar, si bien se seleccionó por muestreo sistemático y consecutivo, es un número muy acotado, representando el 22% del universo. Además influye el número de encuestas sin responder. La tasa de respuesta fue de 41,9%, valor intermedio entre 20% y 60% reportado en estudios con metodologías similares (92,93,95). Esto puede ser habitual en los estudios de este tipo, pero hace que la muestra sea menos representativa. Sin perjuicio de esto, existe una proporción bastante cercana a la distribución nacional de los centros en relación a cómo resultó la muestra final. Por otra parte la muestra claramente tiene un sesgo por género predominando los hombres, situación que se puede atribuir a la distribución propia del país. Esta situación no la podemos comprobar ya que no se dispone de un catastro nacional individualizado de los psiquiatras que se desempeñen en los centros en estudio. Esto produce limitantes en los análisis entre géneros, que requiere muestras de mayores para poder detectarlos. Este hallazgo coincide con lo encontrado por los tres estudios citados (92,93,95). Por otro lado el promedio de edad de desempeño profesional es algo más de 8 años, lo que habla que la muestra representa más bien la visión y conductas de psiquiatras jóvenes, que aun están en el primer tercio de su desempeño profesional. Esto último no debería representar un problema mayor, sólo que nos limita poder buscar contrastes mayores entre las antiguas y nuevas generaciones.

Los psiquiatras que se desempeñan en hospitales tienen significativamente más horas de docencia, lo que concuerda con una realidad ampliamente conocida. En Chile las cátedras de pregrado y especialización se concentran predominantemente en los hospitales (tanto generales como psiquiátricos) y sus docentes se desempeñan en escenarios menos comunitarios.

No llama la atención que la orientación biológica sea significativamente mayor en aquellos que se desempeñan en hospitales, ya que el rol que se desempeña es predominantemente biomédico. Esto es diferente a los estudios en Sudáfrica y España donde la orientación predominante era la biológica. Los resultados confirman que los enfoques comunitarios predominan en los COSAMs, lo que era esperable, y que al sumarse al enfoque ecléctico, representan más de dos tercios de ese grupo (76,7%). Podríamos pensar que el lugar de trabajo va formando el perfil profesional o quizás pueda ser la elección personal. Este estudio no tiene el poder de clarificar este cuestionamiento. No obstante pese a reportar orientaciones clínicas diferentes, las valoraciones éticas son apreciadas igualmente entre ambos grupos de psiquiatras. Esto se podría explicar ya que los COSAMs son dispositivos de pocos años de evolución por lo cual aun no han logrado marcar un perfil clínico de intervención diferente, más comunitario en la perspectiva de los derechos. Por otra parte la similitud de grupos se explica en el origen de los psiquiatras donde prácticamente todos los programas de especialistas no se desarrollan en ambientes comunitarios, perpetuando el modelo de paciente pasivo por sobre el de persona con derechos.

El estudio muestra que el 63.6% de los psiquiatras ha realizado internaciones no voluntarias en los últimos doce meses, algo menores a lo reportado por Kullgren reportó 78%.

Frente a la conducta violenta el 94,9% indica hospitalización involuntaria, lo que es similar con los datos de Desviat (85,4%) y Kullfren (97%). Algo similar sucede con la paciente depresiva con conducta suicida que en esta investigación se detecta 95% de indicaciones de internación forzosa, valores en similares rangos que los estudios reportados (92,93,95).

En aspectos más específicos, a priori podríamos suponer que los UCE podrían indicar hospitalizaciones forzosas más frecuentes, pero los resultados indican que no existe diferencia (tabla 11). Los resultados sugieren que existe sólo una tendencia hacia ese supuesto, lo que sería muy valioso dilucidarlo tomando un número mayor de muestra que permita consolidar más estos resultados. Esto sería de vital relevancia ya que según se ha reportado, Chile tiene un índice de internaciones administrativas muy altas (7), y con estos datos pareciera que el problema es transversal, es decir todos los psiquiatras tienden a realizar este procedimiento. Habrá que dilucidar entonces con posterioridad los motivos de esto, a fin de confeccionar estrategias para manejar esta conducta habitual y mejorar así los estándares de calidad. Kullgren reportó que los psiquiatras jóvenes utilizaban más este tipo de internaciones, pero los hallazgos de el presente estudio reafirma que son los de más de 10 años quienes realizan más hospitalizaciones involuntarias.

Frente a un diagnóstico de psicosis aguda, el 78% opina que se le debería informar al paciente, implicando que aun un 21% opta por ocultar el diagnóstico. Podremos suponer que quizás estos últimos deberían tener razones justificadas para esto, probablemente actuando de buena fe, pero postergan el derecho de la persona a saber sobre su estado de salud. Situación relativamente similar sucede al preferir informar a la persona sobre su diagnóstico pese a que pueda eso empeorar la adherencia a tratamiento, lo que harían el 68,3% de los encuestados. Esto contrasta enormemente con lo sucedido con la paciente con depresión y nivel socio económico



más alto con más de un 96% de respuestas informan indistintamente el diagnóstico. Esta diferencia tan marcada entre la paciente depresiva y el paciente con psicosis ya fue reportada en las mismas condiciones por diversos autores (92,93,95,98,99). Esto sugiere una conducta discriminatoria que podría indicar estigmatización en contra del perfil de pacientes con esquizofrenia de menos recursos. Este aspecto necesita una nueva línea de investigación que profundice este fenómeno. Esto se ve significativamente más en los psiquiatras más jóvenes (de menos de 10 años de práctica profesional) lo que sugiere que la experiencia podría ser un factor determinante al momento de informar el diagnóstico. Siguiendo en la misma línea, se comunica significativamente menos los efectos adversos a la persona con psicosis, demostrando nuevamente una conducta discriminadora.

Desviat (95) reporta que los psiquiatras más jóvenes hospitalizan más e indican más contención física, lo que en nuestro estudio no se refrendó.

Llama la atención que el 10% de los psiquiatras (igual en ambos grupos) medicaría al paciente con internación administrativa asintomático que enfermería solicita la medicación. Esto puede deberse en el mejor de los casos a una mala interpretación de la pregunta, aunque al tratarse de un usuario claramente asintomático, no debería ser así.

Si la persona hospitalizada solicita expresamente que no se le comunique a su esposa, el 71,6% decide llamarla de igual forma una vez ingresado. Esto requiere una mirada analítica desde los derechos. Si bien se trata de un usuario grave (viñeta 1), que claramente requerirá apoyo de la familia, no parece adecuado contradecir los derechos de privacidad de él. Esto en especial considerando la esposa con la cual podría presentar problemas de diversa índole, incluso de tipo legales o hasta de tutela de los hijos, por ejemplo. Si ella llama el 66,6% comunica lo sucedido, pero nuevamente tocamos el tema de la privacidad. Llama la atención que en las tres opciones de comunicar a la esposa, predomina significativamente los varones, mientras que las psiquiatras mujeres optan claramente por trasgredir menos lo solicitado por el paciente. Finalmente si claramente se necesita para el tratamiento y/o alta, el psiquiatra opta por llamar, al menos parece una justificación clara. Aunque la pregunta en esto es cerrada, deberemos suponer que bajo el buen criterio del psiquiatra, en esta última opción, ya lo habría conversado con el paciente y llegado a un acuerdo.

La presión de la familia para hospitalizar produce una reacción no prevista, en que los psiquiatras de forma significativa reportan indicar menos la internación en ambos casos clínicos ya citados. Esto difiere enormemente en que los estudios previos demuestran exactamente lo contrario (92,93,95). Es difícil explicar esto, pero podemos suponer que frente a la lucha de poder, el psiquiatra se alinea más con su rol técnico y/o su paciente o simplemente es una muestra de quién ejerce el poder y por lo tanto la decisión. Se reportó en estudios que los varones internan más en forma no voluntaria (93), indican más contención física (95), lo que no se logró reafirmar con el presente estudio.

Para un paciente con psicosis, quienes realizan hospitalizaciones involuntarias indican más la hospitalización y 8,5 veces menos derivaciones a hospitalización diurna, comparado con quienes no internan involuntariamente. Pareciera entonces que el hospital de día no es una opción “competitiva” para quienes habitualmente

hospitalizan involuntariamente. Situación similar sucede si la paciente con depresión no quiere que comuniquen su hospitalización al marido, nuevamente quienes internan involuntariamente contactan más al marido, lo que refuerza el perfil más impositivo y de menor respeto por los derechos del paciente. Esto se reafirma con la valoración como más éticas por parte de ellos respecto de 14 de las 16 propuestas controversiales.

Frente a la indicación de TEC en una paciente depresiva, los estudios previos (92,93,95) muestran respuestas muy diversas y de difícil interpretación. Para el caso nuestro, se repite algo similar a la presión familiar para internar. Todas las situaciones clínicas propuestas y que enfermería solicitaba TEC, eran significativamente menos indicada por los psiquiatras. Puedo suponer que probablemente se trate de un conflicto de poder y de roles que condicione esta indicación.

Finalmente el análisis regresivo nos permite evidenciar que al menos tres variables tienden a predecir la conducta ética. Entregan elecciones más éticas los psiquiatras con más de 10 años de experiencia, siendo la principal variable, además de trabajar en COSAM y el no realizar internaciones involuntarias. Como el re muestreo plantea que es difícil saber si esto se mantiene en futuros estudios, se plantea como relevante poder aumentar el número de encuestados y ver si los datos se hacen más consistentes.

Al no existir estudios que comparen psiquiatras que trabajen en escenarios comunitarios con hospitalarios, no podemos evaluar comparaciones. En los aspectos generales otros estudios (92,93,95) reportaron siempre mayoría de psiquiatras varones lo que coincide con lo encontrado. La orientación clínica predominante en españoles y sudafricanos fue la biológica

Como recomendación general en primer lugar es tratar de ampliar el estudio con un número mayor de psiquiatras a fin de consolidar hallazgos que pudieran no haberse detectado. Por otra parte se hace necesario que los modelos comunitarios logren diferenciarse de los más hospitalarios, rol que debería partir desde una enseñanza de la psiquiatría en escenarios más cercanos a la comunidad o centros emplazados en ella. En esta línea además requiere que quienes trabajan en centros comunitarios generen una cultura clínica centrada en el respeto de los derechos del paciente menos impositiva y más inclusiva incluidas las decisiones terapéuticas. Es necesario además desarrollar estrategias para trabajar el estigma que se observa sobre las personas con psicosis, en especial en los mismos psiquiatras. Ayudaría mucho realizar a nivel nacional estrategias de difusión y capacitación en la CDPD como un enfoque basal de derechos humanos.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- 1.- Vicente, B., Kohn, R., Rioseco, P., & Saldivia, S. (2006). Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Disorders in the Chile Psychiatric Prevalence Study. *American journal of psychiatry*, 1362 - 1370.
- 2.- Vicente, B., Kohn, R., Saldivia, S., & Rioseco, P. (2007). Carga del enfermar psíquico, barreras y brechas en la atención de Salud Mental en Chile. *Revista Médica de Chile*, 1591 - 1599.
- 3.- *Políticas y Plan Nacional de salud Mental*. (1º ed). (1993). Ministerio de Salud. República de Chile: Santiago.
- 4.- Minoletti, A., & López, C. (2001). *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría*. (1º ed). Santiago: Ministerio de Salud. República de Chile.
- 5.- *Informe sobre la Salud en el Mundo 200. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. (1º ed). (2001). Organización Mundial de la Salud: Ginebra, Suiza.
- 6.- Superintendencia de salud . Gobierno de Chile. (2015, Marzo 30). *Fonasa Cuenta Pública Participativa 2014*. Retrieved from: [http://Http://www.fonasa.cl/Trans\\_Docs/2015/03/OTROS/CTAPUB/CUENTA%20PUBLICA%202014.pdf](http://Http://www.fonasa.cl/Trans_Docs/2015/03/OTROS/CTAPUB/CUENTA%20PUBLICA%202014.pdf).
- 7.- Universidad de Chile, C., & Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud, (2014). *WHO-AIMS. "EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD MENTAL EN CHILE". SEGUNDO INFORME Junio, 2014. Informe sobre la base del Instrumento de evaluación del sistema de salud mental de OMS (OMS IESM / WHO AIMS)* . Santiago: Ministerio de Salud. República de Chile.
- 8.- Minoletti, A., Zaccaria, A. (2005). Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia.. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 346 - 358.
- 9.- *Norma técnica para la implementación y funcionamiento de centros de salud mental comunitaria*. (1º ed). (2008). Ministerio de Salud. Gobierno de Chile: Santiago.
- 10.- Biblioteca del Congreso Nacional. Legislación chilena.. (1998, Agosto 28). *Reglamento para la internación de las personas con enfermedades mentales y sobre los establecimientos que la proporcionan*. Retrieved from [http://Http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/DTO-570\\_14-JUL-2000\\_internacion](http://Http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/DTO-570_14-JUL-2000_internacion)
- 11.- Biblioteca del Congreso Nacional. Legislación chilena. (2012, Abril, 1). *Ley 20.584, Regula Los Derechos Y Deberes Que Tienen Las Personas En Relación Con Acciones Vinculadas A Su Atención En Salud*.

Retrieved from <http://Http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1039348>.

12.- Biblioteca del Congreso Nacional. Legislación chilena. (2012, Julio 24). *Ley 20.609, Establece Medidas Contra La Discriminación*.

Retrieved from: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1042092>

13.- Biblioteca del Congreso Nacional. Legislación chilena. (2015, Enero 1). *Ley 20.422. Establece Normas Sobre Igualdad De Oportunidades E Inclusión Social De Personas Con Discapacidad*.

Retrieved from <http://Http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1010903>.

14.- Biblioteca del Congreso Nacional. Legislación CHILENA. (2009, Febrero 17). *Ley 20.322. Modifica La Ley N° 18.455, Sobre Producción, Elaboración Y Comercialización De Alcoholes Etílicos, Bebidas Alcohólicas Y Vinagres, Para Adecuar Sus Disposiciones A Compromisos Internacionales Adquiridos Por Chile Y Perfeccionar Sus Mecanismos De Fiscalización*.

Retrieved from <http://Http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=287355>.

15.- Biblioteca del Congreso Nacional. Legislación chilena. (2008, Septiembre 17). *Decreto 201. Promulga La Convención De Las Naciones Unidas Sobre Los Derechos De Las Personas Con Discapacidad Y Su Protocolo Facultativo*.

Retrieved from <http://Http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=278018>.

16.- Biblioteca del Congreso Nacional. Legislación chilena. (2005, Febrero 2). *Ley 20.000. Sustituye La Ley No 19.366, Que Sanciona El Trafico Illicito De Estupefacientes Y Sustancias Sicotropicas*.

Retrieved from <http://Http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=235507>.

17.- Biblioteca del Congreso Nacional. Legislación chilena. (2004, Septiembre 3). *Ley 19.966. Establece Un Regimen De Garantias En Salud*.

Retrieved from <http://Http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=229834>.

18.- Biblioteca del Congreso Nacional. Legislación chilena. (2009, Septiembre 12). *Ley 20379. Crea El Sistema Intersectorial De Protección Social E Institucionaliza El Subsistema De Protección Integral A La Infancia "Chile Crece Contigo"*.

Retrieved from <http://Http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1006044>.

19.- Biblioteca del Congreso Nacional. Legislación chilena. (2000, JULIO 14). *Decreto 570. Reglamento Para La Internacion De Las Personas Con Enfermedades Mentales Y Sobre Los Establecimientos Que La Proporcionan*.

Retrieved from <http://Http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=173059>.

20.- *Declaracion De Caracas. Reestructuración De La Atención Psiquiátrica En América Latina*. (1990). OMS, Organización Panamericana de la salud: Caracas, Venezuela.

- 21.- *Modelo De Gestión. Unidad De Hospitalización Psiquiátrica Corta Estadía Para Población Adulta e Infanto Adolescente*. Documento en consulta pública, aun sin promulgación. (2014). Subsecretaría De Redes Asistenciales, División De Gestión De La Red Asistencial, Departamento De Gestión De Procesos Asistenciales Integrados Unidad De Salud Mental, Ministerio de Salud: Santiago de Chile.
- 22.- Funk M, Drew N, Saraceno B. (Ed). (2006) *Manual de recursos de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y legislación*. 1º ed. Ginebra, Suiza:Organización Mundial de la Salud.
- 23.- *Declaración Universal de Derechos Humanos* (1948). Organización de las Naciones Unidas
- 24.- *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos*. (1976 ). Organización de las Naciones Unidas
- 25.- *Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las personas con discapacidad*. (1993). Organización de las Naciones Unidas
- 26.- *Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental*. (. ed). (1991). Organización de las Naciones Unidas
- 27.- *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad* (2006). Organización de las Naciones Unidas
- 28.- Naciones Unidas, Enable, Los derechos y la Dignidad de las personas con discapacidad. (2015, Septiembre). *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*. Retrieved from <http://Http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=497>.
- 29.- Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, .. (Ed). (2012) *Quality Rights. Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS*. . 2015 versión en español. ed. Ginebra, Suiza:Organización Mundial de la salud.
- 30.- United Nations. Enable. (1994, Diciembre 23). *Hacia Una Sociedad Para Todos: Estrategia A Largo Plazo Para Promover La Aplicación Del Programa De Acción Mundial Para Los Impedidos Hasta El Año 2000 Y Años Posteriores*. Retrieved From <Http://Http://Www.Un.Org/Es/Socdev/Enable/Disltss0.Htm>.
- 31.- Prevencion De La Incapacitación y Rehabilitacion De Los Incapacitados. Resolucion y Decision Aprobada Sobre La Base De Los Informes Del Comite De Asuntos Sociales Resolucion 1921 (LVIII) (1975). Organización De Las Naciones Unidas
- 32.- Naciones Unidas - Centro de Información México, Cuba y República Dominicana. (1971, Diciembre 20). *Declaración de los Derechos del Retrasado Mental*. Retrieved from

<http://Http://www.cinu.org.mx/temas/desarrollo/dessocial/integracion/ares2856xxvi.htm#>.

33.- Biblioteca Del Congreso Nacional. (1966, Diciembre 19). Promulga El Pacto Internacional De Derechos Economicos, Sociales Y Culturales, Adoptado Por La Asamblea General De La Organizacion De Las Naciones Unidas El 19 De Diciembre De 1966, Suscrito Por Chile El 16 De Septiembre De 1969  
Retrieved From <Http://Http://Www.Bcn.Cl/Ecivica/Docs/326.Pdf>.

34.- *Declaración sobre el progreso y el desarrollo en lo social. Organización de las Naciones Unidas* (1969, Diciembre 11).

35.- *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Organización de las Naciones Unidas* (1979)

36.- *Convención de los derechos del niño. Organización de las Naciones Unidas* (1989)

37.- *Convención Americana sobre derechos humanos. Organización de los Estados Americanos.* (1969)

38.- Organización de los Estados Americanos, Departamento de Derecho Internacional. (1988). *Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales, "Protocolo de San Salvador"*.  
Retrieved from <http://Http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-52.html>.

39.- Organización de los Estados Americanos, Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2001, Abril 4). *Recomendación de la comisión interamericana de derechos humanos sobre la promoción y protección de los derechos de las personas con discapacidad mental.*  
Retrieved from <http://Http://www.cidh.org/annualrep/2000sp/cap.6d.htm>.

40.- *Diagnóstico sobre el estado de los derechos humanos de las personas con enfermedad mental en países de Centro América*, Informe Final, Tegucigalpa, Julio 1998, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.

41.- *United Nations, Centre for Human Rights, Study Series Human Rights and Disabled Persons*, 1993, p. 27 (Special Rapporteur Leandro Despouy).

42.- *United Nations, Economic and social Council, Commission on Human Rights, Sub-Commission on Prevention of Discrimination and Protection of Minorities; Principles, Guidelines and Guarantees for the Protection of Persons Detained on Grounds of Mental Ill-Health or Suffering from Mental Disorder*, U.N. Doc. E/CN.4/Sub.2/1983/17, págs. 24-27 (Special Rapporteur Erica Irene Daes).

- 43.- Organización de los Estados Americanos, Departamento de Derecho Internacional. (1999, .). *Convención Interamericana Para La Eliminación De Todas Las Formas De Discriminación Contra Las Personas Con Discapacidad*. Retrieved from <http://Http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-65.html>.
- 44.- Organización De Los Estados Americanos, Departamento De Derecho Internacional. (1996, .). *Compromiso De Panamá Con Las Personas Con Discapacidad En El Continente Americano*. Retrieved From <Http://Http://Www.Oas.Org/Juridico/Spanish/Ag-Res96/Res-1369.Htm>.
- 45.- OIT *Convenio sobre la readaptación profesional y el empleo (personas inválidas) núm. 159, y la Recomendación núm. 168 - La Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad*. (1º ed). (2008). Organización Internacional de Trabajo: Ginebra, Suiza.
- 46.- *Reglamento De Centros De Tratamiento Y Rehabilitación De Personas Con Consumo Perjudicial O Dependencia A Alcohol Y/O Drogas*. (1º Ed). (2009). Subsecretaría De Salud Pública. Ministerio De Salud: Santiago De Chile.
- 47.- Ministerio de Salud. Resolución exenta No 1110, del 01 de diciembre de 2004. Aprueba Norma General Técnica No 71, sobre normas de esterilización quirúrgica en personas con enfermedad mental.
- 48.- Ministerio de Salud. Resolución exenta No 950, del 29 de diciembre del 2008, Aprueba Norma General Técnica N° 106, para la implementación y funcionamiento de los centros de salud mental comunitaria.
- 49.- Ministerio De Salud. Resolución Exenta N° 984, De 17 De Septiembre Del 2003, Aprueba Norma Técnica N° 65: Medidas De Contención Para Personas Con Enfermedad Mental En Episodio De Agitación Psicomotora
- 50.- Ministerio De Salud. Resolución Exenta No 391 3 De Abril De 2006 , Aprueba Norma Técnica N° 85: Para El Tratamiento Integral De Adolescentes Infractores De Ley Con Consumo Problemático De Alcohol - Drogas Y Otros Trastornos De Salud Mental
- 51.- Ministerio De Salud. Resolución Exenta No 2279, del 26 de octubre de 2000, Aprueba Norma Técnica N° 53: Norma Técnica Sobre Hogares Protegidos
- 52.- Ministerio De Salud. Resolución Exenta No 392, Del 13 de Junio De 2006, Aprueba Norma Técnica N° 87: Norma Técnica Residencias Protegidas Para Personas Con Discapacidad De Causa Psíquica
- 53.- *Orientaciones Técnicas Para El Funcionamiento De Hospitales De Día En Psiquiatría*. (1º Ed). (2001). Ministerio De Salud: Santiago De Chile.



- 54.- *Orientaciones Técnicas, Atención De Adolescentes Con Problemas De Salud Mental, Dirigido A Alos Equipos De Atención Primaria De Salud.* (2009). Ministerio De Salud / Subsecretaria De Salud Publica Division De Prevencion Y Control De Enfermedades / Departamento De Salud Mental Programa De Salud Del Adolescente Y Joven.
- 55.- Biblioteca Del Congreso Nacional De Chile. (1987, Versión Modificada 17-3-2008). *Ley 18600, Establece Normas Sobre Deficientes Mentales.* Retrieved From [Http://Http://Www.Leychile.Cl/Navegar?Idnorma=29991](http://http://www.leychile.cl/Navegar?Idnorma=29991).
- 56.- *Norma Tecnica Terapia Electroconvulsivante Modificada Normas Tecnicas Y Metodologia De Aplicación*, Serie Minsal Normas Técnicas Y Administrativas Diciembre De 2000. Ministerio De Salud Chile
- 57.- Sepúlveda, R.(2001). *Experiencias de psiquiatría comunitaria en Chile*, .(1º ed). Santiago de Chile:Universidad de Santiago, Facultad de Ciencias Médicas.
- 58.- Armijo, M. (Ed). (2010) *La psiquiatría en Chile, apuntes para una historia*. 1º ed. Santiago de Chile:Laboratorio Royal Pharma - Comisión Bicentenario Chile 2010.
- 59.- Sepúlveda, R. Una reflexión sobre la Organización de los Servicios de salud Mental y Psiquiatría en Chile. Med Soc XXXIX; 3-4: 16-21, 1998
- 60.- Biblioteca Del Congreso Nacional De Chile. (1971, Diciembre 7). Decreto 821, Aprueba El Reglamento Para La Administracion Y Distribucion Del Fondo Especial Destinado a La Rehabilitacion DeAlcoholicos.  
Retrieved From [Http://Http://Www.Leychile.Cl/Navegar/?Idnorma=181494&Dversion=1972-0114&Idparte](http://http://www.leychile.cl/Navegar/?Idnorma=181494&Dversion=1972-0114&Idparte).
- 61.- Titelman, D..(2000).*Reformas Al Sistema De Salud De Chile: Desafíos Pendientes*..(1º Ed). Santiago De Chile:Unidad De Financiamiento Para El Desarrollo División De Comercio Internacional Y Financiamiento Para El Desarrollo. CEPAL.
- 62.- Montenegro H.; Marconi, J.; Pemjean, A.;Correa, D.; Zanghellini, G.; Molina, J.; Lira, M.I.; Barahona, G.; Dobert, M.T.; Barrios, M. Y Bartsch, S(1977), *Programa Integral de Salud Mental. Proyecto de desarrollo en un área experimental urbano-rural*. Ministerio de salud Pública. Programa de las personas, Sección de salud mental / Universidad de Chile, Facultad de Medicina Sur, Salud Mental y Psiquiatría
- 63.- Medina, E. *Panorama Histórico de la Salud Mental. En Psiquiatría y Salud mental*, Cap 2; Ediciones Sociedad Chilena de Salud Mental, Santiago de Chile, 2007.
- 64.- Ministerio de Salud /OPS (s/f), *IV y V Jornadas Nacionales sobre Nivel Primario de Atención en Salud Mental*, Santiago de Chile, julio de 1985, julio de 1987. Mimeo.



- 65.- Medina, E. y Dobert, M.T. *Chile: Programa de Prevención Primaria del Alcoholismo en la comunidad escolar*, Boletín Oficina Sanitaria Panamericana, 1981, 90(2): 95-104
- 66.- Ministerio de salud, Departamento de Programación, Unidad de Salud Mental, *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría*, Santiago de Chile. 1990.
- 67.- Alfaro, J., *Políticas sociales como condición de posibilidad para el desarrollo de prácticas en psicología Comunitaria*. En trayectoria de la Psicología Comunitaria en Chile. Prácticas y conceptos, Alfaro, J y Berroeta, H., Editores, Editorial de la Universidad de Valparaíso, 2007.
- 68.- Minoletti, A.; Narvaez, P.; Sepúlveda, R. Y Caprile, A., Capítulo 26, *Chile: Lecciones aprendidas en la implementación de un modelo comunitario de atención en salud mental*. En, Rodríguez, J., Editor , Salud mental en la comunidad , Organización Panamericana de la Salud, serie PALTEX, Washington, 2009, pp. 339-348.
- 69.- Hormazábal, L.; Brockering, W.; Monasterio, H; Minoletti, A. y cols. *Plan Estratégico para el desarrollo de la red de servicios Clínicos de Psiquiatría y Salud Mental*. Cuadernos Médico Sociales, 1998, 39(3-4):5-15.
- 70.- Rodríguez, J. (Ed). (2009) *Salud Mental en la Comunidad*, . 2º ed. Washington DC:Organización Panamericana de la Salud, Serie PALTEX, para Ejecutores de Programas de Salud nº 49.
- 71.- Minoletti A., López C. *Las enfermedades mentales en Chile: magnitud y consecuencias* . Santiago . Ministerio de Salud 1999.
- 72.- Rochon, J., Gondan, M., & Kieser, M. (2012). To test or not to test: Preliminary assessment of normality when comparing two independent samples. *BMC Medical Research Methodology*, 12(1), 81. doi:10.1186/1471-2288-12-81
- 73.- Brunner, E., & Munzel, U. (2000). The Nonparametric Behrens-Fisher Problem: Asymptotic Theory and a Small-Sample Approximation. *Biometrical Journal*, 42(1), 17–25. doi:10.1002/(SICI)1521-4036(200001)42:1<17::AID-BIMJ17>3.0.CO;2-U
- 74.- Wilcoxon, F. (1945). Individual Comparisons by Ranking Methods. *Biometrics Bulletin*, 1(6), 80–83.
- 75.- Mann, H. ., & Whitney, D. R. (1947). On a Test of Whether one of Two Random Variables is Stochastically Larger than the Other. *The Annals of Mathematical Statistics*, 18(1), 50–60.
- 76.- Bathke, A. C., & Harrar, S. W. (2008). Nonparametric methods in multivariate factorial designs for large number of factor levels. *Journal of Statistical Planning and Inference*, 138(3), 588–610. doi:10.1016/j.jspi.2006.11.004

- 77.- Bhapkar, V. P. (1966). A Note on the Equivalence of Two Test Criteria for Hypotheses in Categorical Data. *Journal of the American Statistical Association*, 61(313), 228-235.
- 78.- Observatorio de Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental (2014). *Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental: Diagnóstico de la Situación en Chile*. Santiago, Chile. [www.observatoriodiscapacidadmental.cl](http://www.observatoriodiscapacidadmental.cl)
- 79.- Quality Rights, Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS. Evaluando y mejorando la calidad y los derechos humanos en los establecimientos de salud mental y de apoyo social. 2012. Versión en español 2015. Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende, Facultad de Medicina, Universidad de Chile . OMS
- 80.- Alvarado, R., Minoletti, A. et al. (2010). FONIS SA08I20033. Evaluación de las redes de atención para personas con primer episodio de esquizofrenia, en Chile. Santiago de Chile.
- 81.- Goffman E. Stigma: Notes on the Management of spoiled identity. Harmondsworth: Penguin, 1963
- 82.- Byrne P. Stigma of mental illness and ways of diminishing it. *Adv in Psyciatr Treat* 2000;T:65±72
- 83.- Philo G. Media and Mental Distress. New York: Addison Wesley Longman, 1996
- 84.- Fabrega H. Does a clerkship affect medical students' views of psychiatric patients. *J Nerv Ment Dis* 1995;IVI:736±42
- 85.- Alison J Gray Stigma in Psychiatry. *J R Soc Med* 2002;95:72-76
- 86.- Shaw F. Mistaken identity. *Lancet* 1998;352:1050-1
- 87.- Summerfield D. Does psychiatry stigmatise? *J Royal Soc Med* 2001; 94:148-9.
- 88.- Sartorius N, Iatrogenic Stigma of Mental Illness. *BMJ* 2002;324:1470-1
- 89.- Star, S. "The Public's Ideas About Mental Illness". (1955) Paper presented at the annual meeting of the National Association for Mental Health, Indianapolis, IN
- 90.- Link, B.G., Yang, L.H., Phelan, J.C., & Collins, P .Y . (2004). Measuring Mental Illness Stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 30,511-511
- 91.- Aromaa E. Attitudes Towards People with Mental Disorders in a General Population in Finland. Academic Dissertation. (2011). Faculty of Social Sciences, University of Jyväskylä, Finland
- 92.- Szabo C, Kohn R, Gordon A, Levav I, Hart G. Ethics in the practice of psychiatry in

south africa. S Afr Med J 2000; 90:498-503

93.- Kulgren G, Jacobsson L, Lynöe R, Levav I. Practices and attitudes among swedish psychiatrists regarding the ethics of compulsory treatment. Acta Pschiatr Scand 1996; 93:389-396

94.- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, Employment Outlook 2015 How Does Chile Compare?. Julio 2015.

95.- Desviat M, Gonzalez C, Gonzalez A, Moreno A, Pérez E, Ponte N, Rodriguez J, Kohn R, Levav I. Actitudes éticas y práctica clínica de los psiquiatras españoles. Psiquiatría Pública Vol 11, Num 5-6, septiembre-diciembre 1999

96.- Nordt C, Rössler W, Lauber C. Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. Schizophrenia Bulletin 2006, vol. 32 nº 4,709-714.

97.- Lauber C, Anthony M, Ajdacic-Gross V, Rössler W. What about psychiatrists' attitude to mentally ill people? Eur Psychiatry . 2004; 19:423-427.

98.- Üçok A, Polat A, Sartorius N, Erkoç S, Atakli C. Attitudes of psychiatrists toward patients with schizophrenia. Psychiatry and Clinical Neurosciences. 2004, 58:89-91.

99.- Ono Y, Satsumi Y, Kim Y, Iwadate T, Moriyama K, Nakane Y, Nakata T, Okagami K, Sakai T, Sato M, Someya T, Takagi S, Ushijima S, Yamauchi K, Yoshimura K. Schizophrenia: Is it time to replace the term?. Psychiatry and Clinical Neurosciences. 1999, 53:335-341.

100.- Loch A, Hengartner M, Guarniero F, Lawson F, Wang Y, Gattaz W, Rössler W. O estigma atribuído pelos psiquiatras aos indivíduos com esquizofrenia. Rev Psiqu Clín. 2011, 38(5):173-7

101.- Loch A, Hengartner M, Guarniero F, Lawson F, Wang Y, Gattaz W, Rössler W. The more information, the more negative stigma towards schizophrenia: Brazilian general population and psychiatrists compared. Psychiatry Research 2013. 185-191.

## **ANEXOS**

### **ANEXO 1**

**Distribución de COSAM (Centros comunitarios de salud mental) desagregados por nombre, comuna y servicio de salud.**

SERVICIO DE SALUD	NOMBRE DEL COSAM	COMUNA
ARICA	Essma Norte	Arica
	Essma Sur	Arica
IQUIQUE	DR.SALVADOR ALLENDE	IQUIQUE
	DR. JORGE SEGUEL	IQUIQUE
	DR. ENRIQUE PARIS	ALTO HOSPICIO
ANTOFAGASTA	COSAM NORTE	ANTOFAGASTA
	COSAM SUR	ANTOFAGASTA
	COSAM CENTRAL	ANTOFAGASTA
	COSAM CALAMA	CALAMA
ATACAMA	N/A	N/A
COQUIMBO	Las Compañías	La Serena
	Tierras Blancas	Coquimbo
	Ovalle	Ovalle
	Punta Mira	Coquimbo
VALPARAISO	COSAM Casa Azul	San Antonio
	COSAM 21 de Mayo	San Antonio
VIÑA	CESAM Concón	Concón
	CESAM Limache	Limache
ACONCAGUA	CESAM San Felipe	San Felipe
O'HIGGINS	COSAM SUR, H. Reg. Rancagua.	Doñihue
	COSAM NORTE, H. R Rancagua	Graneros
	COSAM CENTRO 1, H.Reg. Rancagua	Rancagua.
	COSAM CENTRO 2, H. R. Rancagua	Rancagua.
	COSAM SANTA CRUZ, M. Santa Cruz	Santa Cruz
MAULE	COSAM Linares	Linares
	COSAM Talca "Sin Fronteras"	Talca
ÑUBLE	Cosam Chillán	Chillán
	Cosam San Carlos	San Carlos
CONCEPCION	COSAM CONCEPCIÓN	CONCEPCIÓN
	COSAM CORONEL	CORONEL
	COSAM SAN PEDRO	SAN PEDRO DE LA PAZ
	COSAM LOTA	LOTA
ARAUCO	COSAM Arauco	Arauco
	COSAM Curanilahue	Curanilahue
	COSAM Cañete	Cañete

	COSAM Lebu	Lebu
TALCAHUANO	COSAM HUALPEN.	HUALPEN
BIO-BIO	N/A	N/A
ARAUCAN. NORTE	N/A	N/A
ARAUCAN. SUR	Cecosam Temuco	Temuco
	Cecosam Padre las Casas	Padre Las Casas
	Cecosam Amanecer	Temuco
	Cecosam Imperial	Nueva Imperial
VALDIVIA	CESAMCO Las Animas	Valdivia
	CESAMCO Schneider	Valdivia
OSORNO	COSAM OSORNO	OSORNO
RELONCAVI	COSAM Puerto Montt	Puerto Montt
	Cosam Reloncaví	Puerto Montt
CHIOLE	N/A	N/A
AYSEN	N/A	N/A
MAGALLANES	MIRAFLORES	PUNTA ARENAS
M. NORTE	COSAM COLINA	Colina
	COSAM CONCHALI	Conchalí
	COSAM HUECHURABA	Huechuraba
	COSAM INDEPENDENCIA	Independencia
	COSAM LAMPA	Lampa
	COSAM QUILICURA	Quilicura
	COSAM RECOLETA	Recoleta
	COSAM TIL TITL	Til Til
M. CENTRAL	COSAM E CENTRAL	E CENTRAL
	COSAM MAIPU	MAIPU
	COSAM SANTIAGO	SANTIAGO
	COSAM CERRILLOS	CERRILLOS
M. SUR	COSAM SAN BERNARDO	SAN BERNARDO
	COSAM P. AGUIRRE CERDA	P. AGUIRRE CERDA
	COSAM EL BOSQUE	EL BOSQUE
	CESAM SAN JOAQUIN	SAN JOAQUIN
	CESAM LO ESPEJO	LO ESPEJO
M. ORIENTE	Cosam Las Condes	Las Condes
	Cosam Lo Barnechea	Lo Barnechea
	Cosam Nuñoa	Nuñoa
	Cosam La Reina	La Reina
	Cosam Vitacura	Vitacura
	Provisam	Providencia
	Cosam Macul	Macul
	Cosam Peñalolen	Peñalolen
	Cosam Melipilla	
	Cosam Talagante	

M. OCCIDENTE	Cosam Peñaflor	
	Cosam Municipal Pudahuel	
	Codesam Pudahuel (privado)	
M. OCCIDENTE	Cosam Renca	
	Cosam Quinta Normal	
	Cosam Cerro Navia	
	Cosam Lo Prado	
M. SUR ORIENTE	COSAM La Bandera	SAN RAMON
	COSAM La Rinconada	SAN RAMON
	COSAM La Granja	LA GRANJA
	COSAM La Pintana	LA PINTANA
	COSAM La Florida	LA FLORIDA
	COSAM Puente Alto	PUENTE ALTO
	COSAM CEIF	PUENTE ALTO
	COSAM	PIRQUE

## ANEXO 2

### Distribución de unidades de hospitalización de corta estadía (UCE) desagregados por servicio de salud y hospital

SERVICIO DE SALUD	NOMBRE DEL HOSPITAL
ARICA XV	H. Juan Noé Cervani, CRSM ADULTO
IQUIQUE I	H. Ernesto Torres Galdames CRSM Medio libre Infanto Adolescente
	UHCE Infanto adolescente Medio Privativo
	UHCE ADULTO Subdepto CRSM Adulto
ANTOFAGASTA II	H. Regional de Antofagasta
ATACAMA III	hospital de Vallenar
	hospital de Copiapó
COQUIMBO IV	Hospital San pablo Coquimbo
VALPARAISO V	Hospital Psiquiátrico Del Salvador
VIÑA DEL MAR V	<b>SIN DISPOSITIVO</b>
ACONCAGUA V	hospital Phillpe Pinel
O'HIGGINS VI	Corta Estadía Adulto
MAULE VII	Hospital Regional Talca (12 camas Adultos)
ÑUBLE VIII	H. Clínico Herminda Martin UHCE Adultos
CONCEPCION VIII	Hospital Gmo. Grant Benavente (Servicio Psiquiatría)
ARAUCO VIII	H. Kallvu Llanka, Cañete
TALCAHUANO VIII	UHCE Hospital Penco Lirquen
BIO BIO VIII	Complejo Asistencial Victor Rios Ruiz (CRSM)
ARAUCANIA NORTE IX	<b>SIN DISPOSITIVO</b>
ARAUCANIA SUR IX	Hospital Regional Hernán Henríquez Aravena
VALDIVIA XIV	UHCE medio privativo CIP CRC Las Gaviotas
	UHCE Hospital Base Valdivia (HBV)
OSORNO X	H. Base Osorno
RELONCAVI X	Corta estadía adulto Hospital P. Montt
	Corta estadía infantojuvenil
CHILOE X	H. de Castro
AYSEN XI	H. Regional Coyhaique
MAGALLANES XII	H. Clínico Magallanes,
METROP. NORTE	Hospital de Niños Roberto del Río, Servicio de Salud Mental Infanto adolescente

	Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz
	Unidad Corta Estadía adolescentes infractores en medio privativo de libertad Centro de Reclusión Cerrado de SENAME - Hospital Comunitario de TilTil
METROP SUR	Complejo Asistencial Barros Luco
	Hospital El Pino
METROP. SUR ORIENTE	UHCE 1 Complejo Asistencial Sótero del Río
	UHCE 2 Complejo Asistencial Sótero del Río
	UHCE Complejo Asistencial Sótero del Río
	UHCE Hospital La Florida
METROP. ORIENTE	Hospital del Salvador
METROP. OCCIDENTE	Hospital metropolitano (Félix Bulnes)
METROP. CENTRAL	Hospital Clínico San Borja Arriarán
	Hospital Clínico San Borja Arriarán
	hospital del Carmen Maipu



## ANEXO 3

### Convenio de Cooperación



UNIVERSIDADE  
**NOVA**  
DE LISBOA



MEDICAL  
SCHOOL  
FACULDADE  
DE CIÊNCIAS  
MÉDICAS

### CONVENIO DE COLABORACIÓN

Agosto, 2015.

Estimado(a) Dr(a):

Atentamente, me dirijo a Ud. para invitarlo(a) a colaborar de un estudio destinado a completar el proceso de tesis del Master en Políticas y Servicios de Salud Mental de la Universidad Nova de Lisboa, Portugal, del psiquiatra Chileno Nelson Pérez Terán.

El estudio es “Opiniones sobre la práctica clínica psiquiátrica en centros comunitarios de salud mental y centros de hospitalización psiquiátrica de corta estadía en Chile”. Tiene como propósito evaluar las opiniones en la conducta clínica habitual en las áreas de tratamiento de especialidad en salud mental y psiquiatría del sector público.

Solicito su amable cooperación, ya que se trata de un estudio realizado sólo con psiquiatras que se desempeñen en unidades de corta estadía o en centros comunitarios de salud mental.

El estudio consiste en un cuestionario de situaciones hipotéticas donde se solicita su opinión. Esto le tomará cerca de 15 minutos. No hay en el respuestas correctas o incorrectas, solo se trata de obtener su opinión.

Si ud. acepta colaborar en el estudio, aquí dispondrá de un *link* que lo redirigirá a un sitio privado y anónimo, al que sólo tiene acceso el equipo investigador. El *link* no identifica quien contesta ya que se abre desde un área de-identificada. Usted podrá responder la encuesta desde el computador que Ud. decida o de un Smartphone (aunque en este formato la encuesta se puede visualizar con más dificultad). El programa no utiliza cookies ni otros mecanismos de infiltración de datos que trasgredan la privacidad de su sistema informático.

Se espera reclutar a 60 psiquiatras de entre los 89 centros comunitarios de salud mental (COSAM) así como de 29 unidades de hospitalización psiquiátrica de corta estadía (UCE).

Usted no obtendrá beneficios directos con el estudio, ni remuneración. Su participación es voluntaria y puede retirarse sin que existan perjuicios de ningún tipo. En caso de retractar su consentimiento una vez enviada su encuesta, no podemos retirar sus datos, aunque Ud. nos los solicite, ya que por la forma de trabajo del sistema de ocultamiento y resguardo de la privacidad para su protección, eso se hace imposible.

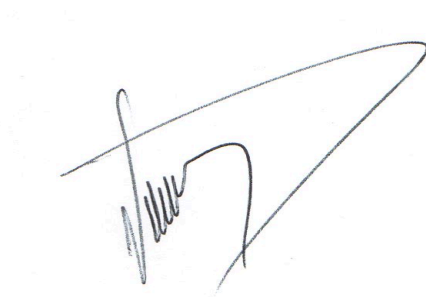
Una vez finalizado el estudio se hará llegar a todos los participantes una copia de los resultados de forma colectiva, resguardando así el anonimato. Los resultados seguramente serán de interés en su práctica clínica.

Si desea colaborar, acceda al *link* que se le entrega, con lo cual confirmará su decisión a participar en este estudio y accederá inmediatamente a la encuesta. Una vez completada la encuesta, seleccione “Enviar” o “submit” al pie del formulario para registrar su información. Si hubiesen campos incompletos sin contestar, lo redirigirá a la sección marcado con rojo, para su respuesta y final envío.

A fin de lograr el seguimiento de quienes han respondido, es que probablemente me comunicaré con ud. en una segunda oportunidad mediante correo electrónico para averiguar si decidió colaborar, o si ya la ha enviado.

Cualquier pregunta sobre este estudio, no dude en contactar con el Dr. Nelson Pérez Terán, al mail: [igorperzteran@gmail.com](mailto:igorperzteran@gmail.com) o al celular/whatsApp: 96738077.

Desde ya muchas gracias por colaborar.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Nelson Pérez Terán', with a large, sweeping flourish extending from the end.

Nelson Pérez Terán  
Médico Psiquiatra

© International Master Mental Health Policy And Services  
Universidades NOVA de Lisboa. Portugal

**ANEXO 4** (Instrumento desarrollado por Kohn y Levav)

**INTERNATIONAL STUDY OF THE PRACTICE OF  
PSYCHIATRY**

Version 1-A

Researchers  
**Michele Pereira, RN**  
**Robert Kohn, MD**

BUTLER HOSPITAL  
BROWN UNIVERSITY DEPARTMENT OF PSYCHIATRY AND  
HUMAN BEHAVIOR

Mail Address to:  
Michele Pereira RN

Butler Hospital  
345 Blackstone Blvd.  
Providence, RI 02906

Robert Kohn, M.D.  
Brown University  
Butler Hospital  
345 Blackstone Blvd.  
Providence, RI 02906

## **GENERAL INFORMATION**

- 1) Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (month/year)
- 2) Year of birth: 19\_\_\_\_
- 3) Sex
  1. Male
  2. Female
- 4) Graduated USA medical school
  1. Yes
  2. No
- 5a) Year completed General Psychiatry Residency \_\_\_\_
- 5b) If hasn't completed residency, possible year to complete \_\_\_\_
- 6) Certification given by General Psychiatry board
  1. Yes
  2. No
- 7) Subspecialty certifications (*circle all that apply*)
  1. Child Psychiatry
  2. Geriatric Psychiatry
  3. Addiction Psychiatry
  4. Forensic Psychiatry
  5. None
- 8) Area of current practice (*circle only one*)
  1. Mostly Public (e.g. mental health center, public mental hospital)
  2. Mostly Private (e.g. private practice, HMO, other hospitals)
  3. Both public and private
- 9) Type of actual practice (*percentage of time spent in each area during the last year*)

1. Administrative	____ %
2. Clinical	____ %
3. Teaching	____ %
4. Research	____ %
5. Other: _____	____ %
Total 100%	
- 10) What is your main orientation in this moment? (*circle only one*)
  1. Biological
  2. Psycho dynamic
  4. Social psychiatry
  5. Other: \_\_\_\_\_
- 11) Your actual clinical work is mainly (*percentage of time spent during last year*)

1. Adults	____ %
2. Elderly	____ %
3. Adolescents	____ %
4. Children	____ %
5. Families	____ %
6. Other: _____	____ %
Total 100%	

- 12) Do you see patients who have been admitted in mental hospitals these days?
  1. Yes
  2. No
- 13) Overall, how satisfied are you professionally as a psychiatrist? (*circle only one*)
  1. Very satisfied
  2. Somewhat satisfied
  3. Somewhat dissatisfied
  4. Very dissatisfied
- 14) What is the quality of psychiatric care in this country? (*circle only one*)
  1. Excellent
  2. Very good
  3. Good
  4. Regular
  5. Very poor
- 15) Did you hospitalize a patient(s) during the last 12 months against their will?
  1. Yes
  2. No

**INSTRUCTIONS:** Below is a number of clinical cases. Each case description has questions about the clinical examination. Please answer each question in the order of presentation. There are no right or wrong answers. Please give your opinion on what should be done in each situation. Assume that any course of action you choose is legally approved (if a judge's approval were necessary to carry out your choice, assume it was given).

### CASE 1

A 40-year-old male janitor is taken to the psychiatrist. He is dressed in a ragged overcoat, slippers, and an old hat. The patient is very angry and is talking in a child-like manner. He hears voices, and believes that the government and the police are trying to catch him. At times the patient is incoherent, and bursts into short speeches on how the government wants to lock him up. He believes his thoughts are being transmitted through the radio to government officials. Even before this event the patient has shown socially inappropriate behavior.

- 1) What is the most likely provisional diagnosis? \_\_\_\_\_
- 2) How confident are you in your diagnosis (*circle only one*)
  1. Very confident
  2. Somewhat confident
  3. A little confident
  4. Not confident
- 3) Should this psychiatrist tell this patient about his diagnosis? (*circle only one*)
  1. Yes, this patient should be told
  2. No, only the patient's family should be told
  3. Neither the patient nor his family should be told
- 4) This psychiatrist strongly believes that telling this patient about his diagnosis he wouldn't comply with his treatment. Should this psychiatrist tell this patient about his diagnosis? (*circle only one*)
  1. Yes, this patient should be told
  2. No, only the patient's family should be told
  3. Neither the patient nor his family should be told

- 5) Given this patient's psychiatric condition, if psychopharmacological treatment would be started, when should this patient be told about side effects? (circle only one)
1. This patient should be told before initiating treatment
  2. This patient should be told shortly after initiating treatment
  3. This patient should be told only when he shows improvement
  4. This patient should not be told
- 6) This psychiatrist strongly believes that this patient wouldn't comply with his treatment if he were told about side effects of medications. Given this patient's psychiatric condition, if psychopharmacological treatment would be started, when should this patient be told about side effects? (circle only one)
1. This patient should be told before initiating treatment
  2. This patient should be told shortly after initiating treatment
  3. This patient should be told only when he shows improvement
  4. This patient should not be told
- 7) In your opinion, what type of treatment should this psychiatrist recommend? (circle only one)
1. No treatment
  2. Outpatient treatment
  3. A partial hospital or day hospital treatment
  4. Inpatient treatment
- 8) This psychiatrist recommended admission, which this patient refused. When should this psychiatrist initiate involuntary admission? (answer each item)
- |   |    |     |
|---|----|-----|
| 1. As described in the case   | NO | YES |
| 2. As described in the case and family demands hospitalization            | NO | YES |
| 3. If he starts threatening the family                                    | NO | YES |
| 4. If he starts threatening the family and family demands hospitalization | NO | YES |
| 5. If he becomes violent  | NO | YES |
| 6. If he becomes violent and family demands hospitalization               | NO | YES |
- 9) This patient has been hospitalized. If this patient refuses medications, under which condition(s) should this psychiatrist medicate him? (answer each item)
- |  |    |     |
|--|----|-----|
| 1. If he becomes violent   | NO | YES |
| 2. If he becomes violent and nursing staff demands medicating  | NO | YES |
| 3. If he becomes potentially threatening but is not violent  | NO | YES |
| 4. If he becomes potentially threatening but is not violent and nursing staff demands medicating                   | NO | YES |
| 5. If he is not violent nor a threat but remains hallucinating and delusional                                      | NO | YES |
| 6. If he is not violent nor a threat but remains hallucinating and delusional and nursing staff demands medicating | NO | YES |
| 7. If he is asymptomatic   | NO | YES |
| 8. If he is asymptomatic and nursing staff demands medicating  | NO | YES |
- 10) When should this psychiatrist tell this patient's wife of his hospitalization, if this patient does not want his wife told (answer each item)
- |   |    |     |
|---|----|-----|
| 1. As soon as this patient was admitted                                   | NO | YES |
| 2. If the wife calls inquiring about the patient                          | NO | YES |
| 3. If the wife is needed to help in the patient's treatment and discharge | NO | YES |

- 11) Shortly after his admission, the patient becomes uncontrollable, requiring three staff members to prevent him from attacking other patients that he thought were going to kill him. Regarding this patient's behavior, which course of action should this psychiatrist now choose? (answer each item)

1. Discharge the patient
2. Limit space (have patient stay in his room, have patient sit with nurse)
3. Provide pharmacological treatment
4. Keep physical restraints or keep him in a quiet room

NO	YES
NO	YES
NO	YES
NO	YES

## CASE 2

A 40-year-old female university professor is taken to the psychiatrist. The patient is a well-known political activist in the union and considered as a troublemaker by the authorities. Two months earlier she led a group of workers in a demonstration in order to protest the visit of a radical politician. Her family reports that over the past four weeks she hasn't seemed like herself. She is more isolated, has difficulty sleeping, wakes very early, hasn't been eating much, and has been crying. She has also missed many days of work during the past weeks. There has been no evidence of suicidal ideas or of a formal thought disorder. The patient states that she will not see a psychiatrist, because management at work will use that to end her employment.

- 1) What is the most likely provisional diagnosis?  
\_\_\_\_\_
- 2) How confident are you in your diagnosis (circle only one)
  1. Very confident
  2. Somewhat confident
  3. A little confident
  4. Not confident
- 3) Should this psychiatrist tell this patient about her diagnosis? (circle only one)
  1. Yes, this patient should be told
  2. No, only the patient's family should be told
  3. Neither the patient nor her family should be told
- 4) This psychiatrist strongly believes that telling this patient about her diagnosis she wouldn't comply with her treatment. Should this psychiatrist tell this patient about her diagnosis? (circle only one)
  1. Yes, this patient should be told
  2. No, only the patient's family should be told
  3. Neither the patient nor her family should be told
- 5) Given this patient's psychiatric condition, if psychopharmacological treatment would be started, when should this patient be told about side effects? (circle only one)
  1. This patient should be told before initiating treatment
  2. This patient should be told shortly after initiating treatment
  3. This patient should be told only when she shows improvement
  4. This patient should not be told
- 6) This psychiatrist strongly believes that this patient wouldn't comply with her treatment if she were told about side effects of medications. Given this patient's psychiatric condition, if psychopharmacological treatment would be started, when should this patient be told about side effects? (circle only one)
  1. This patient should be told before initiating treatment



2. This patient should be told shortly after initiating treatment
  3. This patient should be told only when she shows improvement
  4. This patient should not be told
- 7) In your opinion, what type of treatment should this psychiatrist recommend? (*circle only one*)
1. No treatment
  2. Outpatient treatment
  3. A partial hospital or day hospital treatment
  4. Inpatient treatment
- 8) This psychiatrist recommended admission, which this patient refused. When should this psychiatrist start involuntary admission? (*answer each item*)
- |  |    |     |
|--|----|-----|
| 1. As described in the case  | NO | YES |
| 2. As described in the case and family demands hospitalization   | NO | YES |
| 3. If she develops some suicidal ideas but can promise not to hurt herself                                       | NO | YES |
| 4. If she develops some suicidal ideas but can promise not to hurt herself and family demands hospitalization    | NO | YES |
| 5. If she develops some suicidal ideas but cannot promise not to hurt herself                                    | NO | YES |
| 6. If she develops some suicidal ideas but cannot promise not to hurt herself and family demands hospitalization | NO | YES |
| 7. If she made a moderate to severe suicide attempt today  | NO | YES |
| 8. If she made a moderate to severe suicide attempt today and family demands hospitalization                     | NO | YES |
- 9) This patient has been hospitalized. This patient's condition remains unimproved despite adequate pharmacological trials. When should this psychiatrist give this patient ECT despite her refusal? (*answer each item*)
- |  |    |     |
|--|----|-----|
| 1. As described in the case  | NO | YES |
| 2. As described in the case and nursing staff demands use of ECT   | NO | YES |
| 3. If this patient develops continuous suicidal ideas  | NO | YES |
| 4. If this patient develops continuous suicidal ideas and nursing staff demands use of ECT               | NO | YES |
| 5. If this patient makes repeated suicidal attempts in the hospital                                      | NO | YES |
| 6. If this patient makes repeated suicidal attempts in the hospital and nursing staff demands use of ECT | NO | YES |
- 10) When should this psychiatrist tell this patient's husband of her hospitalization, if this patient does not want her husband told? (*answer each item*)
- |  |    |     |
|--|----|-----|
| 1. As soon as this patient was admitted                                      | NO | YES |
| 2. If the husband calls inquiring about the patient                          | NO | YES |
| 3. If the husband is needed to help in the patient's treatment and discharge | NO | YES |
- 11) She remains extremely dysphoric and irritable. Shortly after admission, the patient gets into an argument with a nurse and hits the nurse in the face. Regarding this patient's behavior, which course of action should this psychiatrist now choose? (*answer each item*)
- |   |    |     |
|---|----|-----|
| 1. Discharge the patient  | NO | YES |
| 2. Limit space (have patient stay in her room, have patient sit with a nurse) | NO | YES |
| 3. Provide pharmacological management   | NO | YES |
| 4. Keep physical restraints or keep her in a quiet room                       | NO | YES |

### CASE 3

A 40-year-old male janitor is taken to the psychiatrist. Over the last two months he has been making speeches against government policy, claiming that the country has to become racially and ethnically pure. The patient is enraged, talking loudly, without evidence of pressured speech. He isn't cooperative during the exam stating that he is not insane, and that he is being harassed without any justification by being brought to the psychiatrist against his will. His family had difficulty calming him down in the psychiatrist's office, and reported that they had never seen him this upset previously. They stated that he has held these views all his life. The family denied any previous history of mental disorders nor any current change in mood or behavior at home.

- 1) What is the most likely provisional diagnosis?  
\_\_\_\_\_
- 2) How confident are you in your diagnosis (*circle only one*)
  1. Very confident
  2. Somewhat confident
  3. A little confident
  4. Not confident
- 3) Should this psychiatrist tell this patient about his diagnosis? (*circle only one*)
  1. Yes, this patient should be told
  2. No, only the patient's family should be told
  3. Neither the patient nor his family should be told
- 4) This psychiatrist strongly believes that telling this patient about his diagnosis he wouldn't comply with his treatment. Should this psychiatrist tell this patient about his diagnosis? (*circle only one*)
  1. Yes, this patient should be told
  2. No, only the patient's family should be told
  3. Neither the patient nor his family should be told
- 5) Given this patient's psychiatric condition, if psychopharmacological treatment would be started, when should this patient be told about side effects? (*circle only one*)
  1. This patient should be told before initiating treatment
  2. This patient should be told shortly after initiating treatment
  3. This patient should be told only when he shows improvement
  4. This patient should not be told
- 6) This psychiatrist strongly believes that this patient wouldn't comply with his treatment if he were told about side effects of medications. Given this patient's psychiatric condition, if psychopharmacological treatment would be started, when should this patient be told about side effects? (*circle only one*)
  1. This patient should be told before initiating treatment
  2. This patient should be told shortly after initiating treatment
  3. This patient should be told only when he shows improvement
  4. This patient should not be told
- 7) In your opinion, what type of treatment should this psychiatrist recommend? (*circle only one*)
  1. No treatment
  2. Outpatient treatment
  3. A partial hospital or day hospital treatment
  4. Inpatient treatment

- 8) This psychiatrist recommended admission, which this patient refused. When should this psychiatrist start involuntary admission? (*answer each item*)
- |  |    |     |
|--|----|-----|
| 1. As described in the case  | NO | YES |
| 2. As described in the case and family demands hospitalization   | NO | YES |
| 3. If the patient strikes a family member while trying to calm him down                                    | NO | YES |
| 4. If the patient strikes a family member while trying to calm him down and family demands hospitalization | NO | YES |
| 5. If the patient pushes the psychiatrist  | NO | YES |
| 6. If the patient pushes the psychiatrist and family demands hospitalization                               | NO | YES |
- 9) This patient has been hospitalized. The patient is given medications for the behavior displayed which he takes without asking any questions. Would you agree with this psychiatrist's assumption that:
- |   |    |     |
|---|----|-----|
| 1. This patient agreed to being medicated because he did not refuse it                      | NO | YES |
| 2. If the patient's judgment is not clear you do not need to tell him about his medications | NO | YES |
- 10) When should this psychiatrist tell this patient's wife of his hospitalization, if this patient does not want his wife told. (*answer each item*)
- |   |    |     |
|---|----|-----|
| 1. As soon as this patient was admitted                                   | NO | YES |
| 2. If the wife calls inquiring about the patient                          | NO | YES |
| 3. If the wife is needed to help in the patient's treatment and discharge | NO | YES |
- 11) Shortly after admission, the patient again becomes angry over what he considers unjust treatment of the patients. He becomes disruptive; talking loudly and occasionally slams a door. There is no evidence of hallucinations or delusions. Regarding this patient's behavior, which course of action should this psychiatrist now choose? (*answer each item*)
- |   |    |     |
|---|----|-----|
| 1. Discharge the patient  | NO | YES |
| 2. Limit space (have patient stay in his room, have patient sit with a nurse) | NO | YES |
| 3. Provide pharmacological management   | NO | YES |
| 4. Keep physical restraints or keep him in a quiet room                       | NO | YES |

**INSTRUCTIONS:** For the following items, circle the number that most closely in your opinion expresses the extent that the statement is **ethical** or **unethical**.

- |   |         |   |   |   |   |   |           |
|---|---------|---|---|---|---|---|-----------|
| 1. Giving ECT to any patient who could benefit from it and agrees with it   | ethical | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | unethical |
| 2. Notifying relatives without the patient's permission   | ethical | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | unethical |
| 3. Not telling a psychotic patient about the side effects of medications  | ethical | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | unethical |
| 4. Physically restraining someone who is out of control   | ethical | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | unethical |
| 5. Recommending psychotically ill patients for sterilization  | ethical | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | unethical |
| 6. Using depot neuroleptics in chronic psychotic patients who refuse medications and who are voluntarily hospitalized | ethical | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | unethical |
| 7. Using depot neuroleptics in chronic psychotic patients who refuse medications who are involuntarily hospitalized   | ethical | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | unethical |
| 8. Giving ECT to a patient who could benefit from it, but refuses it and who is voluntarily hospitalized              | ethical | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | unethical |
| 9. Giving ECT to a patient who could benefit from it, but refuses it and who is involuntarily hospitalized            | ethical | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | unethical |
| 10. Physically restraining someone who is a little disruptive   | ethical | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | unethical |
| 11. Hospitalizing someone against his will who is not a danger to himself or others                                   | ethical | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | unethical |
| 12. Not telling a non psychotic patient about the side effects of medication  | ethical | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | unethical |
| 13. Hospitalizing someone against his will who is a danger to himself or others                                       | ethical | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | unethical |
| 14. Recommending abortions for psychotic patients   | ethical | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | unethical |
| 15. Having sexual relations with an adult patient who consents to it  | ethical | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | unethical |
| 16. Hospitalizing someone against his will only because the authorities demand it                                     | ethical | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | unethical |
| 17. Hospitalizing a psychotic patient against his will because of family pressure                                     | ethical | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | unethical |
| 18. Having sexual relations with your former patient  | ethical | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | unethical |
| 19. Reading a patient's mail  | ethical | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | unethical |
| 20. Notifying a patient's employer of the diagnosis   | ethical | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | unethical |

**INSTRUCTIONS:** For the following items, circle the number that most closely in your opinion expresses the extent that you always act according to these statements.

- |     |  |        |   |   |   |   |   |       |
|-----|--|--------|---|---|---|---|---|-------|
| 21. | I make certain that my actions never harm a patient, even to a small degree.       | always | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | never |
| 22. | My patients come first.  | always | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | never |
| 23. | I avoid actions that might in anyway threaten the dignity or welfare of a patient. | always | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | never |
| 24. | I am not available to my patients.   | always | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | never |
| 25. | I do not tolerate a risk to a patient irrespective of how small the risk might be. | always | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | never |
| 26. | I do not fail a patient.   | always | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | never |
| 27. | I go out of my way to please my patients.  | always | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | never |
| 28. | Overall, psychiatric patients rights are safeguarded in this country               | always | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | never |

30. What is your opinion for the following treatments for psychiatric disorders?

- a) Insulin Therapy
  1. Acceptable
  2. Acceptable only in specific situations
  3. Unacceptable
- b) Electroconvulsive Therapy
  1. Acceptable
  2. Acceptable only in specific situations
  3. Unacceptable
- c) Typical Neuroleptics
  1. Acceptable
  2. Acceptable only in specific situations
  3. Unacceptable
- d) Sulfazine Therapy
  1. Acceptable
  2. Acceptable only in specific situations
  3. Unacceptable
- e) Psychotherapy
  1. Acceptable
  2. Acceptable only in specific situations
  3. Unacceptable
- f) Traditional Frontal Lobotomy
  1. Acceptable
  2. Acceptable only in specific situations
  3. Unacceptable
- g) Other Psychosurgery (that is, deep brain stimulation)
  1. Acceptable
  2. Acceptable only in specific situations
  3. Unacceptable
- h) Hypnotherapy
  1. Acceptable
  2. Acceptable only in specific situations
  3. Unacceptable
- i) Hydrotherapy
  1. Acceptable
  2. Acceptable only in specific situations
  3. Unacceptable

**INSTRUCTIONS:** Below are a list of problems you may have encountered or have knowledge of in psychiatry in this country: (answer each item)

1. Political abuses of psychiatry
  - a. A general problem in psychiatry today?
  - b. Directly encountered this problem?

NO YES  
NO YES

If you answered **YES** to any questions above please give case examples in the lines provided below. Please be as detailed as possible in describing the event(s) and when and where it occurred. You may also include general comments in this section about issues raised or the questionnaire itself. (All information is confidential.)

## This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

## **ANEXO 5**

### **Instrumento final traducido y adaptado**

(posterior a prueba de campo)

# **Opiniones sobre la práctica clínica psiquiátrica en centros comunitarios de salud mental y centros de hospitalización psiquiátrica de corta estadía en Chile**

**Investigador**  
Nelson Pérez Terán

**Tutor**  
Itzhak Levav

**Universidade Nova de Lisboa  
Portugal**



## Información General

1) Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_2015\_\_\_\_ mes / año

2) Género:

1. Masculino
2. Femenino

3) Titulado en escuela de Medicina de Chile

1. Si
2. No

¿Dónde concluyó los estudios de Medicina?:

\_\_\_\_\_

Si estudió medicina en el extranjero, ¿dónde estudió medicina? ¿por completo o parcialmente?

\_\_\_\_\_

4 Año de término de Especialidad de Psiquiatría General:

\_\_\_\_\_

5) Lugar de práctica actual (número de horas semanales)

- a.- Sector de hospitalización psiquiátrica:
- b.- Policlínico de psiquiatría en hospital general:
- c.- Hospital de día:
- d.- Centro de salud mental comunitario (COSAM, CESAM):
- e.- Consulta privada:
- f.- Otro: \_\_\_\_\_

6) Detalle el desempeño laboral, tanto en el área pública como privada (asigne el porcentaje de tiempo dedicado a las áreas que se señalan durante el último año)

1. Administrativo	_____	_____	%
2. Clínico	_____	_____	%
3. Docencia	_____	_____	%
4. Investigación	_____	_____	%
5. Otro: _____	_____	_____	%
Total		100	%

7) ¿Cuál es su orientación principal en psiquiatría? (marque una sola)

1. Biológica
2. Psicoterapéutica (Psicodinámico, sistémico, cognitivo conductual)
3. Psiquiatría social o comunitaria
4. Ecléctica (¿cuales? \_\_\_\_\_)
5. Otra: \_\_\_\_\_

8) Su trabajo clínico actual es principalmente ( *mencione porcentaje de tiempo dedicado actualmente a las áreas señaladas*)

1. Adultos	_____	_____	%
2. Ancianos (edades>65)	_____	_____	%
3. Adolescentes (edades>12 <18)	_____	_____	%
4. Niños	_____	_____	%
5. Familias	_____	_____	%
6. Otros: _____	_____	_____	%
Total			100 %

9) ¿Actualmente tiene contacto clínico con pacientes?

1. Si
2. No:

¿Puede estimar el tiempo (meses o años) que ha tenido contacto con pacientes?

\_\_\_\_\_

10) En general, profesionalmente ¿cuán satisfecho se siente usted como psiquiatra?  
(*Marque sólo uno*)

1. Muy satisfecho
2. Algo satisfecho
3. Algo insatisfecho
4. Muy insatisfecho

11) ¿En su opinión, considerando el sector PÚBLICO, cuál es en general la calidad del cuidado psiquiátrico en este país? (*marque sólo uno*)

1. Excelente
2. Muy bueno
3. Bueno
4. Regular
5. Deficiente

12) ¿En su opinión, considerando el sector PRIVADO, cuál es en general la calidad del cuidado psiquiátrico en este país? (*marque sólo uno*)

1. Excelente
2. Muy bueno
3. Bueno
4. Regular
5. Deficiente

13) Sólo en el caso que hubiese realizado hospitalizaciones durante los últimos 12 meses, ¿Hospitalizó involuntariamente a pacientes durante los últimos 12 meses?

1. Si
2. No
3. Por el tipo de trabajo que realizo, no realizo hospitalizaciones



**INSTRUCCIONES:** A continuación hay dos viñetas clínicas. Cada uno contiene preguntas sobre exámenes clínicos. Por favor, responda cada pregunta en el orden que se presentan. Por favor, señale su opinión sobre qué se debe hacer en cada situación. Piense que cada curso de acción que elija está legalmente aprobada (si la aprobación de un juez o autoridad sanitaria fuera necesario para desarrollar su elección, piense que ya la tiene).

### CASO 1

Un obrero de la construcción de bajos recursos, de 40 años es llevado al psiquiatra. Viste un abrigo raído, pantuflas y un sombrero viejo. El paciente está muy enojado y balbucea palabras como un niño pequeño. Escucha voces y cree que el gobierno y la policía lo buscan. En ciertos momentos, suena incoherente y pronuncia breves discursos sobre cómo el gobierno lo quiere encerrar. Al interrogarlo afirma que sus pensamientos son transmitidos por radio a los oficiales de gobierno. Antes de este episodio, el acompañante dice que él tuvo conductas socialmente inapropiadas, algunas de ellas violentas.

1) ¿Cuál es el diagnóstico provisorio más probable? \_\_\_\_\_

2) ¿Cuán seguro se siente de su diagnóstico? (*marque sólo uno*)

1. Muy seguro
2. Algo seguro
3. Un poco seguro
4. No seguro

3) ¿Debería el/la psiquiatra informar al paciente sobre su diagnóstico? (*marque sólo uno*)

1. Sí se le debería informar.
2. No. Sólo a su familia se le debería informar
3. No se debería informar ni al paciente ni a su familia.

4) Usted cree firmemente que si se informa al paciente su diagnóstico, él no cumplirá con su tratamiento. Aun así ¿debería informarle sobre su diagnóstico?

(*Marque sólo uno*)

1. Sí, se le debería informar.
2. No. Sólo a su familia
3. No se debería informar ni al paciente ni a su familia.

5) Dada la condición psiquiátrica de este paciente, si se le empezara un tratamiento psicofarmacológico, ¿cuándo se le debería informar sobre los efectos secundarios de la medicación?

(*marque sólo uno*).

1. Antes de iniciar el tratamiento.
2. Inmediatamente después de iniciar el tratamiento.
3. solamente cuando muestre avances en su condición
4. No convendría informar al paciente.

6) En su opinión ¿qué tipo de tratamiento o intervención debería recomendar el/la psiquiatra?

(*marque sólo uno*)

1. Ninguno
2. Controles ambulatorios en policlínico adosado o en COSAM local
3. Hospitalización diurna
4. Hospitalización domiciliaria
5. Tratamiento en hospitalización psiquiátrica del hospital general local

7) El/la psiquiatra recomendó la hospitalización del paciente, pero éste la rechazó. ¿Cuándo debería iniciar una hospitalización involuntaria? (indique toda respuesta apropiada.)

- |   |              |
|---|--------------|
| 1. En el caso descrito  | <b>NO SI</b> |
| 2. En el caso descrito y cuando la familia exija hospitalización      | <b>NO SI</b> |
| 3. Si empieza a amenazar a la familia                                 | <b>NO SI</b> |
| 4. Si empieza a amenazar a la familia y esta exige la hospitalización | <b>NO SI</b> |
| 5. Si se pone violento  | <b>NO SI</b> |
| 6. Si se pone violento y la familia exige su hospitalización          | <b>NO SI</b> |

8) Este paciente ha sido hospitalizado de modo involuntario o forzoso. Si el paciente rechaza los medicamentos, ¿en qué condición(es) debería él/la psiquiatra medicarlo? (indique toda respuesta apropiada)

- |   |              |
|---|--------------|
| 1. Si se pone violento.   | <b>NO SI</b> |
| 2. Si se pone violento y el personal de enfermería exige que le mediquen  | <b>NO SI</b> |
| 3. Si amenazara verbalmente, pero no es violento en acción  | <b>NO SI</b> |
| 4. Si no es violento ni es una amenaza, pero permanece con alucinaciones y delirios.  | <b>NO SI</b> |
| 5. Si no es violento ni es una amenaza, pero permanece con alucinaciones y delirios y el personal de enfermería exige que le den medicamento. | <b>NO SI</b> |
| 6. Si es asintomático y el personal de enfermería exige que le den medicamentos.  | <b>NO SI</b> |

9) ¿ Cuándo debería este psiquiatra informar a la esposa del paciente de su hospitalización, si él paciente no desea que lo hagan? (indique toda respuesta apropiada)

- |  |              |
|--|--------------|
| 1. Tan pronto como el paciente es hospitalizado  | <b>NO SI</b> |
| 2. Si la esposa llama para preguntar por el paciente                                   | <b>NO SI</b> |
| 3. Si es necesario que la esposa colabore en el tratamiento del paciente y en el alta. | <b>NO SI</b> |

10) Inmediatamente después de ser hospitalizado, el paciente se descontrola y 3 miembros del personal evitan que ataque a otros pacientes que, según piensa, iban a matarlo. ¿qué curso de acción debería ahora elegir este psiquiatra? (*responda todo*)

- |  |              |
|--|--------------|
| 1. aislamiento                                   | <b>NO SI</b> |
| 2. Administrar fármacos de emergencia (SOS)      | <b>NO SI</b> |
| 3. Aplicar protocolo de <b>contención</b> física | <b>NO SI</b> |
| 4. Se le ocurre otra opción?                     | <b>NO SI</b> |

¿Cuál?: \_\_\_\_\_

## CASO 2

Una profesora universitaria de 40 años es llevada a el/la psiquiatra. La paciente es una conocida activista política y es considerada como una alborotadora por las autoridades. Dos meses antes, guió a un grupo de trabajadores en un paro con el propósito de protestar por la visita de un político. Su familia informa que hace 4 semanas que ella no parece ser la misma. Está más aislada, tiene dificultades para dormir, despierta muy temprano, come poco, y ha estado llorosa. Tampoco ha ido a trabajar por varios días. No hay evidencias de ideas suicidas ni desorganización mental formal. La paciente declara que no verá a un psiquiatra porque la universidad lo utilizaría para poner fin a su contrato.

- 1) ¿Cuál es el diagnóstico provisorio más probable? \_\_\_\_\_
- 2) ¿Cuán seguro se siente de su diagnóstico? (*marque sólo uno*)
  1. Muy seguro
  2. Algo seguro
  3. Un poco seguro
  4. No seguro
- 3) ¿Debería este(a) psiquiatra informar al paciente sobre su diagnóstico? (*marque sólo uno*)
  1. Se le debería informar.
  2. No. Sólo a su familia se le debería informar
  3. No se debería informar ni al paciente ni a su familia.
- 4) Usted cree firmemente que si se informa a la paciente su diagnóstico, ella no cumplirá su tratamiento. Según esto, ¿debería informar a su paciente sobre su diagnóstico? (*Marque sólo uno*)
  1. Si se le debería informar.
  2. No. Sólo a su familia se debería informar
  3. No se debería informar ni al paciente ni a su familia.
- 5) Dado la condición psiquiátrica de esta paciente, si se empezara un tratamiento psicofarmacológico, ¿cuándo se le debería informar sobre los efectos secundarios? (*marque sólo uno*).
  1. Antes de iniciar el tratamiento.
  2. Inmediatamente después de iniciar el tratamiento.
  3. solamente cuando muestre avances en su condición
  4. No convendría informar al paciente.
- 6) En su opinión ¿qué tipo de tratamiento o intervención debería recomendar el/la psiquiatra? (*marque sólo uno*)
  1. Ningún tratamiento
  2. Controles ambulatorios en policlínico adosado o en COSAM local
  3. Hospitalización diurna
  4. Hospitalización domiciliaria en salud mental
  5. Hospitalización psiquiátrica en hospital general local

7) Un psiquiatra recomendó la hospitalización de la paciente, pero ella la rechazó. ¿Cuándo debería iniciar una hospitalización involuntaria este(a) psiquiatra? (*responda todo*)

- |  |              |
|--|--------------|
| 1. En el caso descrito   | <b>NO SI</b> |
| 2. En el caso descrito y cuando la familia exija hospitalización   | <b>NO SI</b> |
| 3. Si ella desarrolla pensamientos suicidas, pero promete no autoinjerirse daño y la familia exige su hospitalización.                     | <b>NO SI</b> |
| 4. Si ella desarrolla pensamientos suicidas, pero es incapaz de prometer no autoinjerirse daño.  | <b>NO SI</b> |
| 5. Si ella desarrolla pensamientos suicidas, pero pero es incapaz de prometer no autoinjerirse daño y la familia exige su hospitalización. | <b>NO SI</b> |
| 6. Si ella hoy realiza un intento de suicidarse, entre moderado y severo   | <b>NO SI</b> |

8) Esta paciente ha sido hospitalizada. Su condición no ha mejorado a pesar de los intentos farmacológicos adecuados. ¿Cuándo debería dar este psiquiatra TEC (Terapia electroconvulsiva) a esta paciente, a pesar de su rechazo? (*responda todo*)

- |  |              |
|--|--------------|
| 1. En el caso descrito   | <b>NO SI</b> |
| 2. En el caso descrito y cuando el personal de enfermería o psicosocial insiste en el uso de TEC                                       | <b>NO SI</b> |
| 3. Si esta paciente desarrolla continuos pensamientos suicidas   | <b>NO SI</b> |
| 4. Si esta paciente desarrolla continuos pensamientos suicidas y el personal de enfermería o psicosocial insiste en el uso de TEC      | <b>NO SI</b> |
| 5. Si esta paciente hace repetidos intentos suicidas en el hospital  | <b>NO SI</b> |
| 6. Si esta paciente hace repetidos intentos suicidas en el hospital y el personal de enfermería o psicosocial insiste en el uso de TEC | <b>NO SI</b> |

9) ¿ Cuándo debería este psiquiatra informar al esposo de la paciente de su hospitalización, si ella no desea que lo hagan? (*responda todo*)

- |  |              |
|--|--------------|
| 1. Tan pronto como la paciente es hospitalizada  | <b>NO SI</b> |
| 2. Si el esposo llama para preguntar por la paciente                                     | <b>NO SI</b> |
| 3. Si es necesario que el esposo colabore en el tratamiento de la paciente y en el alta. | <b>NO SI</b> |

10) La paciente permanece muy disfórica e irritable. Poco después del ingreso al hospital, la paciente comienza a discutir con una enfermera y la golpea en la cara. Considerando su comportamiento, ¿qué curso de acción debería elegir ahora este psiquiatra? (*responda todo*)

- |   |              |
|---|--------------|
| 1. Que se siente junto a una enfermera.                       | <b>NO SI</b> |
| 2. Administrar farmacos de emergencia (SOS)                   | <b>NO SI</b> |
| 3. Aplicar contención física                                  | <b>NO SI</b> |
| 4. Aplicar reclusión a una habitación tranquila (Aislamiento) | <b>NO SI</b> |
| 5. Denuncia al plan cuadrante o fiscalía local                | <b>NO SI</b> |

**INSTRUCCIONES:** Para las siguientes preguntas, encierre el número que, en su opinión, expresa más fielmente si el enunciado es **ético o poco ético**

- |  |                            |
|--|----------------------------|
| 1. Notificar a la familia sin el permiso del paciente  | ético 1 2 3 4 5 poco ético |
| 2. Contener físicamente a alguien fuera de control.  | ético 1 2 3 4 5 poco ético |
| 3. Sugerir la esterilización a pacientes con psicosis severa   | ético 1 2 3 4 5 poco ético |
| 4. Usar neuroléptico inyectable en pacientes sicóticos crónicos que rechazan medicamentos y se hospitalizan voluntariamente.   | ético 1 2 3 4 5 poco ético |
| 5. Dar TEC a pacientes que pueden beneficiarse de ella, pero que la rechazan y son hospitalizados                              | ético 1 2 3 4 5 poco ético |
| 6. Contener físicamente a alguien que es un poco disruptivo.   | ético 1 2 3 4 5 poco ético |
| 7. Hospitalizar a alguien en contra de su voluntad, que no es un peligro para sí mismo o terceros.                             | ético 1 2 3 4 5 poco ético |
| 8. No decirle a un paciente sin psicosis sobre los efectos secundarios del medicamento.  | ético 1 2 3 4 5 poco ético |
| 9. Recomendar el aborto a pacientes psicóticas embarazadas   | ético 1 2 3 4 5 poco ético |
| 10. Tener relaciones sexuales con un paciente adulto que lo consiente.   | ético 1 2 3 4 5 poco ético |
| 11. Hospitalizar a un paciente en contra de su voluntad sólo porque las autoridades lo exigen.                                 | ético 1 2 3 4 5 poco ético |
| 12. Hospitalizar a un paciente en contra de su voluntad debido a presiones familiares.   |                            |
| 13. Tener relaciones sexuales con un ex paciente.  | ético 1 2 3 4 5 poco ético |
| 14. Notificar al empleador del paciente sobre su diagnóstico.  | ético 1 2 3 4 5 poco ético |
| 15. Dejar sin fármacos antipsicóticos por días para observar y clarificar el diagnóstico psiquiátrico en un paciente psicótico | ético 1 2 3 4 5 poco ético |
| 16. Dejar sin fármacos antipsicóticos por días para observar con fin docente de alumnos o residentes, a un paciente psicótico  | ético 1 2 3 4 5 poco ético |

**INSTRUCCIONES:** Para las siguientes preguntas, encierre el número que, en su opinión, expresa más fielmente **el grado** en el que usted siempre actúa considerando estas declaraciones.

- |   |                         |
|---|-------------------------|
| 18. El paciente está primero ante todo  | siempre 1 2 3 4 5 nunca |
| 19. Evito acciones que podrían, de alguna forma, amenazar la integridad o bienestar de un paciente. | siempre 1 2 3 4 5 nunca |
| 20. No estoy disponible para mis pacientes  | siempre 1 2 3 4 5 nunca |
| 21. Nunca le fallo a un paciente  | siempre 1 2 3 4 5 nunca |
| 22. Dejo de hacer lo mío para complacer a mis pacientes   | siempre 1 2 3 4 5 nunca |
| 23. En general, los derechos de los pacientes psiquiátricos están resguardados en este país         | siempre 1 2 3 4 5 nunca |

A Continuación seleccione la opción que más represente su opinión.

24. ¿Cuál es su opinión sobre los siguientes tratamientos para los desórdenes psiquiátricos?

**a) Terapia electroconvulsiva**

1. Aceptable
2. Aceptable solamente en situaciones específicas
3. Inaceptable

**b) Neurolépticos**

1. Aceptable
2. Aceptable solamente en situaciones específicas
3. Inaceptable

**c) Psicoterapia**

1. Aceptable
2. Aceptable solamente en situaciones específicas
3. Inaceptable

**d) Lobotomía frontal**

1. Aceptable
2. Aceptable solamente en situaciones específicas
3. Inaceptable

**e) Estimulación profunda del cerebro**

1. Aceptable
2. Aceptable solamente en situaciones específicas
3. Inaceptable

**f) Hipnoterapia**

1. Aceptable
2. Aceptable solamente en situaciones específicas
3. Inaceptable

**INSTRUCCIONES:** A continuación tiene una lista de problemas que puede haber encontrado o tenga conocimientos en la práctica psiquiatría en este país (responda todo)

- |  |       |
|--|-------|
| 1. Abusos políticos en la práctica de la psiquiatría |       |
| a. ¿un problema general en psiquiatría hoy en día?   | NO SI |
| b. ¿claramente encontró este problema?               | NO SI |
| c. Si es así, ¿hace cuántos años atrás?              |       |
| 2. Discriminación étnica o racial en psiquiatría     |       |
| a. ¿un problema general en psiquiatría hoy en día?   | NO SI |
| b. ¿claramente encontró este problema?               | NO SI |
| c. Si es así, ¿hace cuántos años atrás?              |       |
| 3. Discriminación religiosa en psiquiatría           |       |
| a. ¿un problema general en psiquiatría hoy en día?   | NO SI |
| b. ¿claramente encontró este problema?               | NO SI |

- c. Si es así, ¿hace cuántos años atrás?
4. Conducta sexual inapropiada en psiquiatría por parte de cualquier persona involucrada en la atención del paciente
- |  |    |    |
|--|----|----|
| a. ¿un problema general en Psiquiatría hoy en día? | NO | SI |
| b. ¿claramente encontró este problema?             | NO | SI |
| c. Si es así, ¿hace cuántos años atrás?            |    |    |
5. Abusos económicos en psiquiatría
- |  |    |    |
|--|----|----|
| a. ¿un problema general en Psiquiatría hoy en día? | NO | SI |
| b. ¿claramente encontró este problema?             | NO | SI |
| c. Si es así, ¿hace cuántos años atrás?            |    |    |
6. Otros abusos en psiquiatría (Especifique): \_\_\_\_\_ NO SI

**INSTRUCCIONES:** *Por favor responda estas últimas afirmaciones según usted le parezca.*

1.- Conozco la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CIDPD)  
SI NO

**Si respondió que SI entonces:**

- |   |    |    |
|---|----|----|
| 2.- En Chile se aplica el CIDPD y tiene valor legal   | NO | SI |
| 3.- Tiene implicancias clínicas                       | NO | SI |
| 4.- Debe ser respetada sólo por profesionales médicos | NO | SI |

**Si respondió NO entonces:**

- |   |    |    |
|---|----|----|
| 5.- ¿Desearía conocer sobre la Convención y cómo se aplica? | NO | SI |
|---|----|----|

**GRACIAS POR PARTICIPAR**

**¿DESEA REALIZAR ALGÚN COMENTARIO?**

---

---

---

---

---

---

---

